



Relatório de Estágio na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Inês Andreia Monteiro Ribeiro

**Relatório de Estágio
Mestrado em Auditoria**

Porto – 2015

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO
PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**



Relatório de Estágio na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Inês Andreia Monteiro Ribeiro

**Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Contabilidade e Administração do
Porto para a obtenção do grau de Mestre em Auditoria, sob orientação do Mestre
Carlos Barros**

Porto – 2015

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

Resumo

O presente relatório de estágio incide sob a experiência profissional adquirida no âmbito do estágio realizado no Serviço de Auditoria Interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Entidade Pública Empresarial (EPE), com vista à conclusão do mestrado em auditoria.

O estágio teve como intuito poder observar, aprender e integrar o dia-a-dia de trabalho do Serviço de Auditoria Interna na entidade de acolhimento.

O relatório tem uma componente teórica, onde se pretende dar uma breve visão sobre a auditoria interna, controlo interno e gestão de risco, e uma componente prática onde se descrevem as atividades realizadas. O estágio teve como objetivo a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do ciclo de estudos, onde foram absorvidos conceitos e técnicas, mas que só na prática se consegue uma real demonstração da sua funcionalidade. A atividade de estágio teve início a 24 Junho de 2014, tendo terminado a 21 de Junho de 2015.

Palavras Chave: Auditoria Interna; Auditoria Interna na saúde; Controlo Interno; Gestão de Risco

Abstract

The following internship report focuses on the professional experience gained under the internship fulfilled in the Internal Auditing Service of Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, to conclude the Auditing Master's Degree.

The internship had as purpose to be able to observe, learn and integrate the day to day work of the Internal Auditing Service in the host entity.

The report has a theoretical component, where it wants to give a bridge insight into Internal Auditing, internal control and risk management, and a practical component where it describes the performed activities. The internship had as goal the practical application of the theoretical knowledge gained throughout the course of study, which were absorbed concepts and techniques, but only in practice is possible to achieve real demonstration of its functionality.

The internship activity began on June 24th, 2014 having finished on June 21st, 2015.

Keywords: Internal Auditing, Health Internal Auditing, Internal Control, Risk Management

Agradecimentos

Aos meus pais pela paciência e apoio incondicional ao longo de toda a minha vida.

Aos meus irmãos por nunca me deixarem sozinha e demonstrarem sempre disponibilidade para me ajudar, em especial à minha irmã por toda a ajuda que me deu ao longo deste tempo.

Aos meus amigos pela ajuda que me deram para a ultrapassar as minhas impaciências e pela força que me deram para atingir este propósito.

Ao meu orientador, o Mestre Carlos Barros, pela disponibilidade demonstrada ao longo do meu trabalho, pela dedicação e por todas as críticas construtivas.

Ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos pela oportunidade de realizar este estágio.

Um especial agradecimento à minha tutora, a Dra. Fernandina Oliveira pela dedicação e disponibilidade ao longo do estágio, proporcionando-me novas experiências e aprendizagens. Por nunca ter desistido de mim e nunca me ter deixado desistir. Agradeço também por toda a ajuda e todas as críticas construtivas ao longo da construção deste relatório.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACESM – Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos
AICPA – *American Institute of Certified Public Accountants*
ARS – Administração Regional de Saúde
CCF – Central de Conferência de Faturas
COSO - *Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission*
CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção
DRA – Diretriz de Revisão/Auditoria
EPE - Entidade Pública Empresarial
ERM – *Enterprise Risk Management*
GIAF - Gestão Integrada Administrativa e Financeira
HCIS - *Healthcare Information System*
HPH – Hospital Pedro Hispano
IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IIA - *Institute of Internal Auditors*
IPAI - Instituto Português de Auditoria Interna
ISO – *International Organization for Standardization*
LIC – Lista de Inscritos em Cirurgia
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR - Medicina Física e de Reabilitação
NC – Não Conformidade
PGRCIC – Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
POC MS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
PwC - *PricewaterhouseCoopers*
SAM – Sistema Apoio ao Médico
SAS – *Statement on Auditing Standards*
SEC - *Securities and Exchange Commission*
SEE - Setor Empresarial do Estado
SGF – Serviço de Gestão Financeira
SIIMA – Sistema Informático de Imagiologia

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

STIC - Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação

SU – Serviço de Urgência

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Índice

Resumo.....	ii
Abstract	iii
Agradecimentos.....	iv
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	v
Índice.....	vii
Índice de quadros	ix
Índice de figuras	x
Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico	2
1.1 Auditoria Interna	3
1.1.1 Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna.....	7
Normas de atributos	8
Normas de desempenho	9
1.1.2 Código de Ética	11
1.1.3 Plano Anual de Auditoria Interna.....	11
1.1.4 Ciclo de auditoria – planeamento, execução, relatório e <i>follow-up</i>	12
1.1.4.1 Planeamento	12
1.1.4.2 Execução	14
1.1.4.3 Relatório	16
1.1.4.1 Follow-up	18
1.2 Controlo Interno	18
1.2.1 Sistemas de controlo interno	19
1.3 Gestão de Risco.....	20
1.4 COSO	23
1.4.1 <i>Internal Control - Integrated Framework</i> de 1992	23
1.4.2 COSO - “ <i>Enterprise Risk Management-Integrated Framework</i> ”	26
1.4.3 <i>Internal Control - Integrated Framework</i> de 2013	30
Capítulo 2. Apresentação da entidade acolhedora e enquadramento da atividade de auditoria interna	33
2.1 Auditoria Interna nas unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde	34
2.2 Enquadramento e conceito de ULS	39
2.2.1 Apresentação e caracterização da ULSM.....	40
2.2.2 Estrutura Organizacional.....	42
2.2.3 Enquadramento da Auditoria Interna na ULSM	42
2.2.4 Controlo Interno na ULSM	44
2.2.5 Gestão de Risco na ULSM	47

Capítulo 3. Estágio na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.....	50
3.1 Estágio no Serviço de Auditoria Interna da ULSM	51
3.2 Atividades realizadas durante o estágio	51
3.2.1 Planeamento e realização das ações de auditoria interna na ULSM	52
3.2.2 Execução da ação de auditoria interna na ULSM	54
3.2.3 Relatório da ação realizada.....	54
3.2.4 Trabalhos de auditoria interna realizados.....	55
3.2.4.1 Auditoria às consultas <i>Walking Clinic</i>	55
3.2.4.1.1 Objetivo e âmbito	55
3.2.4.1.2 Planeamento	55
3.2.4.1.3 Execução	56
3.2.4.2 Auditoria à fratura da anca	58
3.2.4.2.1 Objetivo e âmbito	58
3.2.4.2.2 Planeamento	58
3.2.4.2.3 Execução	60
3.2.4.3 Auditoria à capacidade instalada de MCDT.....	60
3.2.4.3.1 Planeamento	61
3.2.4.3.2 Execução	65
3.2.4.4 Auditoria à Medicina Física e de Reabilitação.....	68
3.2.4.4.1 Objetivo e âmbito	68
3.2.4.4.2 Planeamento	68
3.2.4.4.3 Execução	73
3.2.5 Plano para a igualdade.....	74
Capítulo 4. Conclusão	77
Referências Bibliográficas	78
Anexos.....	84

Índice de quadros

Quadro 1 - Quadro resumo das Normas de atributos	8
Quadro 2 - Quadro resumo das Normas de desempenho	9
Quadro 2 - Princípios de cada componente de controlo interno	31
Quadro 3 - Comparação do decreto-lei 233/2005 e 244/2012 no que concerne à função de auditoria interna.....	35
Quadro 5 - Classificação de irregularidades.....	69
Quadro 6 - Classificação das não conformidades das informações de retorno	71

Índice de figuras

Figura 1 - Cubo do COSO de 1992	24
Figura 2 - Cubo da Gestão do Risco Empresarial	27
Figura 3 - Nível de probabilidade e impacto	53
Figura 4 - Grau de risco.....	54

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Dissertação/Trabalho de Projeto/Estágio Profissional, a escolha recaiu sobre o estágio profissional, do qual foi elaborado um relatório que reflete a experiência adquirida, nomeadamente no que respeita à ligação da teoria apreendida ao longo do mestrado à prática.

Pretende-se, desta forma, não só a familiarização com o processo auditoria interna, aprofundando e pondo em prática os conhecimentos adquiridos, mas também explorar de uma forma mais ativa os conhecimentos relacionados com a organização.

A entidade acolhedora escolhida foi a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), EPE e foi nomeada pelo presidente da entidade, como tutora de estágio, a Dra. Fernandina Oliveira, para apoio e acompanhamento do plano de trabalhos durante o período de estágio.

A principal influência da escolha deste estágio para término do mestrado, decorre do interesse pessoal no que toca à área da auditoria, seja qual for a área de abrangência, pelo que esta experiência se revelaria, desde início, o desencadear de experiências e aprendizagens inéditas e proveitosas.

Neste contexto, segue o presente relatório de estágio, onde consta primeiramente a revisão da literatura, que inclui as principais áreas de aplicação que sustentaram o decorrer da atividade de estágio: a auditoria interna.

Posteriormente, numa segunda parte, apresenta o projeto de estágio e a entidade de acolhimento, bem como, o enquadramento teórico.

A terceira parte, fundamental deste trabalho, é dedicada à apresentação das atividades realizadas durante a estadia, que se traduziram no amadurecimento e real preparação do estudante/estagiário, enquanto técnico auditor, para o mundo do trabalho.

Para este relatório de estágio foi necessária uma enorme dedicação e afínco. Foi uma derradeira oportunidade de testar os conhecimentos adquiridos relacionados com o universo da auditoria interna. Esta finalidade foi uma prova de superação não só a nível pessoal, mas também demonstrando a pertinência da profissão de auditor interno, a sua importância e, acima de tudo, a qualidade desses profissionais.

Capítulo 1. Enquadramento teórico

1.1 Auditoria Interna

A auditoria nas organizações está intimamente ligada à necessidade de controlo, de verificação independente, de garantia, necessidades essas que têm evoluído ao longo do tempo acompanhando o crescimento e a complexidade das organizações que apresentam áreas novas de atuação e tecnologias cada vez mais desenvolvidas, criando um ambiente organizacional cada vez mais complexo e exigente.

Almeida (1996), defende que a auditoria interna surgiu como uma ramificação da auditoria externa devido à necessidade de aprofundar as auditorias realizadas em outras áreas da empresa, como o sistema de controlo interno e a administração de pessoal, não se cingindo apenas à contabilidade.

Castanheira (2007), defende que o primeiro paradigma da auditoria interna tinha como enfoque a observação e a contabilização. Os auditores internos tinham um trabalho relativamente limitado, cingindo-se fundamentalmente à área contabilístico-financeira.

Costa (2010), segue a mesma linha de pensamento, referindo que a auditoria interna, inicialmente desempenhava funções de salvaguarda dos ativos das empresas, de verificação do cumprimento dos procedimentos estabelecidos pelo órgão de gestão e de constatação acerca da credibilidade da informação financeira.

A importância e relevância da auditoria interna nas organizações foram a *raison d'être* para a criação do *Institute of Internal Auditors* (IIA) nos Estados Unidos da América, fundado em 1941 por profissionais que sentiam necessidade de adquirir e partilhar conhecimentos sobre a função que desenvolviam nas suas organizações (Moeller, 2009). A criação do IIA serviu de apoio aos profissionais da área, veio dar credibilidade ao trabalho por eles desenvolvido e principalmente veio garantir um futuro à profissão.

Arthur E. Hald e Robert B. Milne, membros fundadores do IIA, foram dois visionários, previram a importância que auditoria interna iria ter nas organizações (Ramamoorti, 2003, p.4, citado em Flesher, 1996, p.1-3).

“A necessidade criou a Auditoria Interna e está fazê-la uma parte integral do negócio moderno. Nenhum grande negócio pode fugir. Se eles não têm agora, eles terão que ter mais cedo ou mais tarde, e se os eventos continuam a desenvolver-se como estão no presente, eles terão que tê-la mais cedo”. (Hald, 1944)¹.

¹ Tradução própria. No texto original: “Necessity created internal auditing and is making it an integral part of modern business. No large business can escape it. If they haven’t got it now, they will have to have it sooner or later, and, if events keep developing as they do at present, they will have to have it sooner”. (Hald, 1944)

“O instituto é a consequência da crença por parte dos auditores internos que uma organização era necessária na estrutura do negócio americano para desenvolver os verdadeiros profissionais de estatuto de auditoria interna...Apesar das suas raízes serem em contabilidade, os seus propósitos-chave encontram-se na área de controlo de gestão. Compreende uma revisão financeira e operacional completa dentro da empresa.” (Milne, 1945)².

Com a criação do IIA, nasce a prática profissional contemporânea da auditoria interna, e é publicado o primeiro livro de auditoria interna, introduzindo o conceito de “sistema de controlo interno”, alterando assim o paradigma para o enfoque no “controlo” (Mcnamee, 1997).

No entanto, nos anos que se seguiram a auditoria interna foi ainda percebida como uma extensão intimamente relacionada com o trabalho dos auditores externos, quase como assistentes, ajudando principalmente com a verificação dos registos contabilísticos e deteção de erros e irregularidades financeiras. Os auditores internos tinham um papel bastante modesto dentro das organizações e tinham apenas uma "Responsabilidade limitada no espectro da gestão"³ (Moeller & Witt, 1999).

O IIA continuou empenhado em desenvolver os meios necessários para que a profissão e os seus profissionais fossem valorizados. Assim, em 1978 são aprovados os primeiros *Standards of the Professional Practice of Internal Auditing* um passo de grande importância para a consolidação da Auditoria interna, surgindo nesta data a primeira definição de auditoria emanada pelo IIA:

“A Auditoria Interna é uma atividade de avaliação independente estabelecida dentro de uma organização como um serviço para a organização. É um controlo que funciona pela examinação e avaliação da adequabilidade e efetividade de outros controlos.”⁴

Krogstad, Ridley e Rittenberg (1999) afirmam que essa definição “não foca o valor que a profissão pode adicionar para todos os níveis da organização e não demonstra aos

² Tradução própria. No texto original: “The Institute is the outgrowth of the belief on the part of internal auditors that an organization was needed in the structure of American business to develop the true professional status of internal auditing...Although its roots are in accountancy, its key purpose lies in the area of management control. It comprises a complete intra-company financial and operational review.” (Milne, 1945)

³ Tradução própria. No texto original: “limited responsibility in the total managerial spectrum”

⁴ Tradução própria. No texto original: “Internal auditing is an independent appraisal activity established within an organization as a service to the organization. It is a control which functions by examining and evaluating the adequacy and effectiveness of other controls.”

administradores, diretores, e outros controladores o que os auditores internos podem fazer por eles.”

Morais e Martins (2003, p.63) ilustram alguns aspetos da primeira definição de auditoria interna e identificam como principais atribuições:

- “Examinar e apreciar a razoabilidade, a suficiência e aplicação dos controlos contabilísticos, financeiros e operacionais e promover um controlo eficaz a um custo razoável – relação custo/benefício, com base na avaliação do risco;
- Verificar até que ponto os ativos da entidade estão justificados e livres de ónus bem como se os processos de governação são adequados;
- Avaliar a qualidade e eficácia do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores;
- Recomendar melhorias no sistema.”

Morais e Martins (2007, p.19) definiram auditoria interna como sendo um “processo sistemático de objetivamente obter e avaliar prova acerca da correspondência entre informações, situações ou procedimentos e critérios preestabelecidos, assim como comunicar conclusões aos interessados.”

Este conceito foi dividido pelas autoras em sete expressões-chave:

- É um processo sistemático, uma vez que consiste numa sequência de procedimentos lógicos, estruturados e organizados (devidamente planeados);
- Objetivamente: atitude objetiva (sem preconceitos e conclusões baseadas em procedimentos); independente (examinar as informações com independência e isenção);
- Prova, que é a essência da auditoria;
- Correspondência, isto é, visa a conformidade das informações, situações ou procedimentos com critérios preestabelecidos;
- Critérios preestabelecidos (leis, normas, regras, regulamentos, contratos e princípios corporativos);
- Comunicar, ou seja, consiste em divulgar, através dum relatório escrito, com um determinado grau de confiança, as conclusões do trabalho efetuado;
- Interessados, que são todos os que necessitam da informação do auditor.

Em virtude das solicitações e responsabilidades que vinham sendo cometidas à auditoria interna e do crescente destaque que a função adquiriu nas organizações, em 1999, o IIA promoveu uma revisão profunda das normas⁵, do código de ética e da própria definição de Auditoria Interna. Assim começou o novo paradigma que a auditoria interna enfrenta atualmente. Esse paradigma baseia-se na visão dos processos com enfoque nos riscos do negócio (Castanheira 2007).

Com este novo paradigma, a auditoria interna passa de reativa a proactiva, atuando em tempo real, participando em planos estratégicos e dando as suas recomendações com base no risco existente, optando por evitar/diversificar, partilhar/transferir ou controlar/aceitar o risco existente. Salienta-se a mudança de paradigma com passagem de um papel de avaliação independente para uma atividade integrada na gestão de risco. (Castanheira, 2007).

Pinheiro (2010, p.26), segue a mesma linha de pensamento quando este afirma que

“A auditoria interna não deve assumir uma posição conservadora, de modo a realizar ações, exclusivamente, em áreas tradicionais, a procurar exclusivamente a identificação de erros, porém, deverá saber identificar, em conjunto, soluções para os problemas identificados pelos Auditores ou, mesmo, para dificuldades apresentadas pelos gestores operacionais, numa lógica de proatividade e de capacidade de partilha.”

A grande diferença entre os anteriores enfoques e o atual enfoque da auditoria interna baseada no risco reside na análise estratégica e na avaliação dos processos de negócio como passo prévio ao trabalho que atualmente se leva a cabo nos departamentos de auditoria, pelo que o planeamento de mesma deverá estar alinhado com a estratégia da organização e o plano de negócio. (Lorenzo, 2001).

A definição atual da auditoria interna foi redefinida pelo *The Institute of Internal Auditors* (2009, p.6) e diz-nos que:

“A auditoria interna é uma atividade independente, de garantia e de consultoria, destinada a acrescentar valor⁶ e a melhorar as operações de uma organização. Ajuda a

⁵ Declaração profissional emitida pelo Conselho de Normas de Auditoria Interna, que enumera os requisitos para o desempenho de uma vasta gama de atividades de auditoria interna, e para a avaliação do desempenho da auditoria interna. (IIA, 2009)

⁶ Acrescenta-se valor quando se melhoram as oportunidades de a organização alcançar os seus objetivos, identificando melhorias operacionais, e/ou reduzindo a exposição ao risco, quer através de trabalhos de garantia quer de consultoria. (IIA, 2009)

organização a alcançar os seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação ”.

Ridley (1999, citado por Moraes 2004, p.5), divulgou os requisitos assumidos pelo grupo de investigação, que estiveram na base da nova definição:

- “A profissão de auditoria interna destacar-se-á em função da qualidade do desenvolvimento dos seus serviços e não de quem os realiza, ou daquilo que é;
- Para continuar a ser viável, a profissão de auditoria interna precisa de ser vista como acrescentando valor às organizações;
- Os auditores internos devem ter a despectiva de toda a cadeia de valor;
- A estrutura conceptual da auditoria interna deverá prosseguir para além dos seus próprios processos, de forma a refletir as orientações organizacionais no seu serviço;
- As normas, e outras orientações profissionais devem, não só, servir para conduzir a profissão, mas, para dar uma imagem de diferente qualidade ao mercado.”

1.1.1 Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna

“A auditoria interna é exercida em ambientes legais e culturais diversos; no interior das organizações, as quais variam em propósito, dimensão e estrutura; e por indivíduos do interior e exterior das organizações. Embora tais diferenças possam afetar a prática de auditoria interna em cada meio ambiente, a conformidade com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna do IIA é essencial para fazer face às responsabilidades dos auditores internos e da atividade de auditoria interna ⁷.” (IIA, 2009, p.6)

⁷ Atividade de Auditoria Interna - Um departamento, divisão, equipa de consultores, ou outro (s) praticante (s), que fornecem serviços independentes e objetivos de garantia e de consultoria, destinados a acrescentar valor e melhorar as operações da organização. A atividade de auditoria interna ajuda uma organização a alcançar os seus objetivos, ao proporcionar uma abordagem sistemática e disciplinada de avaliação e melhoria da eficácia dos processos de governação, de gestão de risco e de controlo. (IIA, 2009)

Segundo Pinheiro (2010), as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna emanadas pelo IIA, a sua discussão e interpretação, o estímulo permanente da criatividade e da capacidade de desempenho das equipes de auditores são tarefas-chave na conjuntura atual da problemática das empresas.

As normas são vocacionadas para auxiliar os profissionais e partes interessadas de todo o mundo a serem recetivos a um crescente mercado de auditoria interna de elevada qualidade.

O objetivo das normas é delinear princípios básicos que representem a prática de auditoria interna, proporcionar um enquadramento para o desempenho e promoção de um espectro alargado de auditoria de valor acrescentado, estabelecer uma base para a avaliação do desempenho da auditoria interna e promover a melhoria dos processos e das operações das organizações. (IIA, 2009)

As normas estão orientadas para princípios de exigência obrigatória, consistindo em declarações de requisitos básicos para a prática profissional de auditoria interna e para a avaliação da eficácia do desempenho, aplicáveis internacionalmente quer ao nível das organizações quer dos indivíduos e interpretações que clarificam os termos ou conceitos das normas.

As Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna estão divididas em três categorias:

Normas de Atributos – relacionadas com as características das organizações e dos indivíduos;

Quadro 1 - Quadro resumo das Normas de atributos⁸

Normas de atributos	
1000	Propósito, Autoridade e Responsabilidade
1010	Reconhecimento da Definição de Auditoria Interna, do Código de Ética e das Normas no Estatuto de Auditoria Interna
1100	Independência ⁹ e Objetividade ¹⁰

⁸ Foi opção própria usar as normas traduzidas para português. Assim, no presente relatório faz-se referências à revisão da tradução IPAI 2009 e, para as normas revistas, usa-se a revisão da tradução IIA Brasil.

⁹ A não sujeição a condições que ameacem a objetividade ou a aparência de objetividade. Tais ameaças à objetividade deverão ser geridas ao nível do auditor individual, do compromisso, da função e da organização. (IIA, 2009)

¹⁰ Uma atitude mental imparcial que permite que os auditores internos realizem os seus compromissos de forma que acreditem honestamente no produto do seu trabalho e que não haja compromissos de qualidade relevantes. A objetividade exige que os auditores internos não subordinem o seu juízo em matéria de auditoria a outros. (IIA, 2009)

1110	Independência Organizacional
1111	Interação Direta com o Conselho
1120	Objetividade Individual
1130	Prejuízo à Independência ou à Objetividade
1200	Proficiência e Zelo Profissional Devido
1210	Proficiência
1220	Zelo Profissional Devido
1230	Desenvolvimento Profissional Contínuo
1300	Programa de Avaliação da Qualidade e Melhoria
1310	Requerimentos do Programa de Avaliação da Qualidade e Melhoria
1311	Avaliações Internas
1312	Avaliações Externas
1320	Reporte do Programa de Avaliação da Qualidade e Melhoria
1321	Uso de “Em conformidade com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna”
1322	Divulgação de Não Conformidade

Fonte: Elaboração própria

- **Normas de Desempenho** – descrevem a natureza das atividades de auditoria interna e proporcionam critérios que permitem avaliar a qualidade do seu desempenho;

Quadro 2 - Quadro resumo das Normas de desempenho

Normas de desempenho	
2000	Gestão da Atividade de Auditoria Interna
2010	Planeamento
2020	Comunicação e Aprovação
2030	Gestão de Recursos
2040	Políticas e Procedimentos
2050	Coordenação
2060	Reporte para a Alta Administração e o Conselho
2100	Natureza do Trabalho
2110	Governança
2120	Gestão de riscos
2130	Controlo
2200	Planeamento do Trabalho de Auditoria
2201	Considerações sobre o Planeamento
2210	Objetivos do Trabalho de Auditoria

2220	Âmbito do Trabalho de Auditoria
2230	Alocação de Recursos para o Trabalho de Auditoria
2240	Programa de Trabalho de Auditoria
2300	Execução do Trabalho de Auditoria:
2310	Identificação das Informações
2320	Análise e Avaliação
2330	Documentação das Informações
2340	Supervisão do Trabalho de Auditoria
2400	Comunicação dos Resultados
2410	Critérios para a Comunicação
2420	Qualidade das Comunicações
2421	Erros e Omissões
2430	Uso de “Conduzido em Conformidade com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna”
2431	Declaração de Não Conformidade do Trabalho de Auditoria
2440	Divulgação dos Resultados
2450	Opiniões gerais
2500	Monitorização do Progresso
2600	Comunicação da Aceitação de Riscos

Fonte: Elaboração própria

- **Normas de Implementação** – aplicadas às normas de atributos e desempenho na execução de trabalhos específicos de garantia (identificados com a letra A de *Assurance*) ou de consultoria (identificados com a letra C, de *Consulting*).

As normas possuem algumas características, que são realçadas por Pinheiro (2010, p.87):

- **Independência:** os auditores Internos deverão ser independentes das atividades que auditam;
- **Eficácia Profissional:** as auditorias internas devem ser realizadas com competência e adequado sentido profissional;
- **Âmbito do Trabalho:** o trabalho de auditoria deverá abranger o exame e avaliação da adequação e eficiência do sistema de controlo interno da organização e da qualidade de realização das tarefas que lhe foram atribuídas;
- **Realização do Trabalho de Auditoria:** deverá incluir o planeamento da auditoria a desenvolver, exame e avaliação da informação, comunicação dos resultados e os posteriores acompanhamentos das ações corretivas;
- **Gestão do Departamento de Auditoria Interna:** o diretor responsável pelo [departamento] deverá gerir adequadamente os seus recursos.

1.1.2 Código de Ética

“A ética profissional é de grande valia em todas as profissões, notadamente na de auditor, que tem em suas mãos grande responsabilidade, pois mediante seu serviço é possível conhecer todas as irregularidades, erros, falhas dentro do grupo de empresas, conhecendo o responsável hierárquico e executores das rotinas, que originam estas informações.” Crepaldi (2004, p.71)

O Código de Ética elaborado pelo IIA tem como objetivo promover uma cultura ética na profissão de auditoria interna. Este código vai mais além da definição de auditoria interna ao incluir dois componentes essenciais para a prática de auditoria interna: os princípios relevantes para a profissão e prática de auditoria interna e normas de conduta que regem o comportamento que se espera dos auditores internos. Estas regras são uma ajuda na interpretação dos princípios e servem como orientação da conduta ética dos auditores internos. O código aplica-se quer às entidades quer aos indivíduos, que prestem serviços de auditoria interna e

“[o] incumprimento do Código de Ética por parte dos membros do IIA, ou por parte daqueles a quem tenham sido conferidas ou sejam candidatos a certificações profissionais do IIA, será avaliado e administrado de acordo com os estatutos e as normas em vigor. A circunstância de uma determinada conduta não estar mencionada nas Normas de Conduta não a impede de ser considerada inaceitável ou desonrosa, e, por conseguinte, o membro, detentor ou candidato à certificação profissional poderá estar sujeito a ação disciplinar.” (IIA, 2009, p. 11)

1.1.3 Plano Anual de Auditoria Interna

O Plano Anual de Atividades da Auditoria Interna contém a programação dos trabalhos da unidade de auditoria interna de uma organização para um determinado exercício até o último dia do mês do exercício anterior ao da sua execução. Aborda as ações relevantes para o fortalecimento e o aprimoramento da gestão.

Na opinião de Moraes e Martins (2007) é importante a elaboração de um plano anual de auditoria interna “(...) a fim de permitir a realização de exames adequados e eficientes que facilitem a concretização dos objetivos da atividade de Auditoria Interna, em tempo razoável, independentemente de acontecimentos imprevisíveis. ”

A Norma de Desempenho do IIA “2010 – Planeamento”, refere que “O responsável pela auditoria tem que estabelecer um plano baseado nos riscos, para determinar as prioridades da atividade de auditoria interna consistentes com os objetivos da organização. ”

De facto, a norma salienta a importância da análise do risco no que diz respeito ao planeamento dos trabalhos de auditoria. A interpretação da mesma norma é ainda mais explícita, evidenciando que

“[o] *Chief Audit Executive* é responsável pelo desenvolvimento de um plano de auditoria baseado no risco. O responsável pela auditoria toma em consideração o enquadramento da gestão do risco da organização, incluindo os níveis de apetite do risco¹¹ definidos pela gestão para as diversas atividades ou partes da organização. Caso não exista tal enquadramento, o responsável pela auditoria utiliza o seu julgamento de riscos após consultar os gestores superiores e o Conselho¹².” (IIA, 2009, p.24)

1.1.4 Ciclo de auditoria – planeamento, execução, relatório e *follow-up*

Attie (1998), considera que qualquer trabalho de auditoria interna deve compor as seguintes fases principais:

- Planeamento;
- Exame e avaliação da informação (Execução);
- Comunicação e resultados (Relatório);
- Acompanhamento (*Follow-up*).

1.1.4.1 Planeamento

¹¹ O nível de risco que uma organização está disposta a aceitar. (IIA, 2009)

¹² O Conselho é um órgão de governo de uma organização, tal como o Conselho de Administração, Conselho Fiscal, o responsável por uma dependência ou órgão legislativo, Conselho de Representantes ou responsáveis de uma organização não lucrativa, ou qualquer outro órgão de governo designado por uma organização, incluindo o comité de auditoria, a quem o responsável pela auditoria poderá reportar funcionalmente. (IIA, 2009)

O planeamento é fundamental para o sucesso do trabalho do auditor interno. Esta etapa permite ao auditoria interna definir os objetivos, concretizar o âmbito e fazer o levantamento de informações sobre o processo, ou atividade, a auditar e elaborar o programa de trabalho. É, ainda, nesta etapa que este avalia os riscos e a eficácia do controlo interno e, de acordo com o resultado obtido desta avaliação, vai determinar os procedimentos a adotar, assim como a sua extensão.

Segundo Attie (1998), o planeamento consiste na determinação antecipada de quais os procedimentos que serão aplicados, bem como a sua extensão e distribuição no tempo e escolha dos auditores que executarão o trabalho.

Durante o planeamento da auditoria, o auditor interno deve assegurar-se que (Mcnamee, 1997):

- Existe uma ligação positiva entre o objetivo de auditoria, as metas da unidade a auditar e o propósito e missão da instituição;
- O plano de auditoria, tomado como um todo, produzirá a evidência necessária para atingir o objetivo de auditoria;
- Cada teste proporcionará a evidência requerida no plano de auditoria.

É imprescindível que seja alocado o tempo adequado para a realização do planeamento de uma auditoria, uma vez que, a tentativa de abreviar o tempo destinado pode causar problemas na execução, que poderão provocar acréscimo no tempo total de realização do trabalho, além de repercussões negativas na sua qualidade.

A norma de desempenho “2200 – Planeamento do Compromisso¹³” (de Auditoria) diz que “Os auditores internos têm que desenvolver e documentar um plano para cada compromisso, incluindo os objetivos, âmbito, prazo de execução e a alocação de recursos ao compromisso”. A norma “2201 – Considerações sobre o Planeamento diz que é necessário tomar em consideração”:

- “Os objetivos da atividade a auditar e a forma como a atividade controla o seu desempenho;
- Os riscos relevantes da atividade, seus objetivos, recursos e operações, e a forma pela qual o potencial impacto dos riscos é mantido a um nível aceitável;

¹³ Um trabalho específico de auditoria interna, tarefa ou análise, tal como a realização de uma auditoria interna, uma análise de autoavaliação do controlo, uma investigação de fraude ou um trabalho de consultoria. Um compromisso pode incluir múltiplas tarefas ou atividades destinadas a satisfazer um conjunto específico de objetivos relacionados. (IIA, 2009)

- A adequação e a eficácia dos processos de gestão do risco e de controlo, comparados com um enquadramento ou modelo de controlo relevante;
- As oportunidades para melhorias significativas nos processos de gestão do risco e de controlo.” (IIA, 2009, p.28)

1.1.4.2 Execução

Na fase de execução procede-se ao exame e avaliação concreta dos controlos instituídos e à concretização do programa de trabalho previamente elaborado.

Segundo a norma de desempenho do IIA “2300 – Realização do Compromisso” “[o]s auditores internos têm que identificar, analisar, avaliar e documentar a informação para que os objetivos do compromisso sejam alcançados.”

Para a identificação da informação, a norma de desempenho do IIA “2310 – Identificação da informação” diz que “os auditores internos têm que identificar informação que seja suficiente, fidedigna, relevante e útil para a consecução dos objetivos do compromisso.” Na interpretação dessa norma pode-se averiguar:

“A informação é suficiente quando é factual, adequada e convincente de tal modo que uma pessoa prudente e informada possa chegar a uma conclusão idêntica à do auditor. Informação fidedigna é a melhor informação que se pode obter através da utilização de técnicas de trabalho apropriadas. Informação relevante é a que sustenta as observações e recomendações do compromisso e é consistente com os objetivos do mesmo”. (IIA, 2009)

Nesta fase os auditores internos procedem à elaboração dos papéis de trabalho.

A norma de desempenho do IIA 2330 – Documentação da informação diz que “[o]s auditores internos têm que documentar a informação relevante para fundamentar as conclusões e os resultados do trabalho.”

Segundo Attie (1998), os papéis de trabalho formam o conjunto de formulários e documentos que contêm as informações e apontamentos obtidos durante seu exame, bem como as provas e descrições dessas realizações.

Os papéis de trabalho têm como finalidade colher elementos comprobatórios suficientes para evidenciar o trabalho realizado pelo auditor e dar fundamento na sua opinião sobre as atividades e os processos examinados. Deverão ser preparados, em papel

ou formato eletrónico, pela equipa auditora e deverão suportar os fundamentos para as observações e as recomendações a fazer e servem para:

- Fornecer o suporte principal para o relatório de auditoria;
- Ajudar no planeamento, realização e revisão das auditorias;
- Facilitar revisões por terceiros;
- Fornecer uma base para a avaliação do programa de controlo de qualidade da Função Auditoria Interna;
- Fornecer suporte em circunstâncias tais como, reclamações de seguros, casos de fraude e ações judiciais;
- Ajudar no desenvolvimento profissional do pessoal de auditoria interna.

Para a análise e avaliação a norma de desempenho do IIA “2320 – Análise e Avaliação” sugere que “[o]s auditores internos têm que fundamentar as conclusões e resultados do compromisso através de análises e avaliações adequadas.”

Para a realização das análises e avaliações, deverão ser adotados os procedimentos mais adequados.

Para Attie (1998), os procedimentos de auditoria são as investigações técnicas que, tomadas em conjunto, permitem a formação fundamentada de opinião do auditor sobre o trabalho realizado.

Segundo a Parte I do Manual de Auditoria Interna da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2007a) os procedimentos que poderão ser adotados são os seguintes:

- Inspeção de registos ou documentos¹⁴
- Inspeção de ativos tangíveis¹⁵
- Observação¹⁶
- Inquérito¹⁷

¹⁴ Consiste em examinar registos ou documentos, quer internos ou externos, em forma de papel, forma eletrónica ou em outros meios. A inspeção de registos e documentos proporciona prova de auditoria de variados graus de fiabilidade, dependendo da sua natureza e fonte e, no caso de registos e documentos internos, sobre a eficácia dos controlos sobre a sua produção. (ACSS, 2007a)

¹⁵ Consiste de exame físico dos ativos. A inspeção de ativos tangíveis pode proporcionar prova de auditoria fiável com respeito à sua existência, mas não necessariamente acerca de direitos e obrigações da entidade ou da valorização dos ativos. A inspeção de elementos individuais de inventário acompanha geralmente a observação da contagem do inventário. (ACSS, 2007a)

¹⁶ Consiste em “olhar” para um processo ou procedimento que está a ser desempenhado por outros. A observação proporciona prova de auditoria acerca da execução de um processo ou procedimento, mas é limitada ao momento no qual a observação tem lugar e pelo facto de que o ato de ser observado pode afetar como o processo ou procedimento executado. (ACSS, 2007a)

¹⁷ Consiste em obter informação de pessoas conhecedoras, dentro ou fora da entidade e é um procedimento de auditoria que é extensivamente usado e muitas vezes complementado pela execução de outros procedimentos de auditoria. O

- Confirmação¹⁸
- Reexecução¹⁹
- Procedimentos analíticos²⁰

1.1.4.3 Relatório

O relatório representa a fase principal do trabalho do auditor que é a comunicação dos resultados.

A Norma de Desempenho do IIA “2400 – Comunicação dos Resultados” expressa que “[o]s auditores internos têm que comunicar os resultados do compromisso”.

A elaboração do relatório não é opcional; os resultados de um trabalho deverão ser comunicados, de forma adequada, através de um relatório.

A Norma de Desempenho do IIA “2410 – Critérios para a Comunicação” indica que “[a]s comunicações têm que incluir os objetivos do compromisso e o seu âmbito bem como as conclusões²¹ correspondentes, recomendações²² e os planos de ação”.

Formular conclusões exige da parte do auditor um grau significativo de ceticismo e julgamento profissional.

As conclusões e recomendações devem ser sistematizadas e ordenadas por ordem de importância.

Além dos pontos descritos na norma supra citada, podem também fazer parte do relatório outros pontos que sejam relevantes para o compromisso, desde que o seu conteúdo e extensão não diminuam a sua qualidade.

O formato do relatório de auditoria *standard* deverá conter um sumário executivo, que inclui o objetivo, âmbito e principais recomendações, descritas de forma sintética e um relatório detalhado que acrescenta a metodologia seguida, a equipa de trabalho envolvida e

inquérito pode ser formal (por escrito) ou informal (verbal) sendo a avaliação das respostas uma parte integrante deste do processo. (ACSS, 2007a)

¹⁸ É um tipo específico de indagação, ou seja, o processo de obter uma declaração de informação ou de uma condição existente diretamente de uma terceira parte. As confirmações são usadas frequentemente com relação a saldos de contas e aos seus componentes, mas não necessitam serem restritas a esses itens. As confirmações são também usadas para obter prova de auditoria acerca da ausência de certas condições. (ACSS, 2007a)

¹⁹ Consiste na verificação do rigor matemático de documentos ou de registos. Este pode ser executado por intermédio do uso da tecnologia de informação. (ACSS, 2007a)

²⁰ Consistem em avaliações de informação financeira feita por relacionamentos plausíveis entre dados financeiros e não financeiros. Os procedimentos analíticos também englobam a investigação de flutuações e relacionamentos que sejam inconsistentes com outra informação relevante ou se desviem significativamente de quantias previsíveis. (ACSS, 2007a)

²¹ São as avaliações do auditor interno dos efeitos das observações nas atividades analisadas. Para cada conclusão deverá ser indicado o nível criticidade potencial, devendo ser classificado em alto, médio ou baixo. (ACSS, 2007a)

²² São baseadas nas observações e conclusões do auditor interno e apelam à ação para corrigir as condições existentes e melhorar as operações. As recomendações, genéricas ou específicas, podem sugerir abordagens para corrigir ou melhorar o desempenho como forma de orientação para a gestão conseguir os resultados esperados. (ACSS, 2007a)

todas as observações e recomendações pormenorizadas (ACSS, 2007a).

O auditor deve apresentar explicações sobre todas as questões suscitadas pelo trabalho anterior, com vista à determinação das matérias que serão objeto de relatório. O relatório deve contemplar as atividades e programas ou projetos auditados e observar, correta e imparcialmente, os factos constatados.

A Norma de Desempenho do IIA “2420 – Qualidade das Comunicações”, em conjunto com a sua interpretação, indica e explica os critérios essenciais para garantir a qualidade dos relatórios, referindo, esta última que:

“As comunicações precisas são livres de erros e distorções e são fiéis aos factos apontados. As comunicações objetivas são razoáveis, imparciais e sem preconceitos e são o resultado de uma avaliação razoável e equilibrada de todos os factos relevantes e circunstâncias. As comunicações claras são facilmente entendidas e lógicas, evitando linguagem técnica desnecessária e fornecendo todas as informações significativas e relevantes. As comunicações concisas vão diretamente ao assunto evitando desnecessária elaboração, detalhe supérfluo, redundância e palavreado. As comunicações construtivas são úteis ao cliente e à organização e conduzem a melhoramentos quando necessário. As comunicações completas não omitem nada que seja essencial para os clientes visados e incluem toda a informação significativa e relevante e observações para sustentar as recomendações e conclusões. As comunicações tempestivas são oportunas e expeditas, dependendo da importância da matéria, e permitindo que a gestão possa empreender as ações corretivas necessárias” (IIA, 2009, p. 32).

Quando o relatório estiver terminado, os papéis de trabalho serão arquivados em dois tipos de dossiês:

- **Dossiê permanente** – engloba todas as informações que o auditor interno considera importantes para consulta na auditoria que está a decorrer e em auditorias futuras, nomeadamente: informação estatutária, caracterização da entidade, cópias de contratos e acordos, fluxogramas e narrativas, informação financeira e de gestão de anos anteriores, informação sobre políticas operacionais e financeiras, principais conclusões de auditorias anteriores, etc.
- **Dossiê corrente** – contém as informações específicas para a auditoria que está a decorrer, nomeadamente: programas de trabalho, notas de reuniões, evidências de testes de auditoria, questionários, cartas de confirmação, memorandos e correspondência de auditoria, relatórios de auditoria, etc.

1.1.4.1 *Follow-up*

O *follow-up* é definido como um processo pelo qual os auditores internos determinam a adequação, eficácia e oportunidade das ações tomadas pelos responsáveis dos processos sobre as observações e recomendações, incluindo aquelas feitas pelos auditores externos ou outros.

Pode parecer que o trabalho culmina quando se realiza o relatório final, mas na realidade ele é contínuo. Dependendo do grau de risco da auditoria, deve-se fazer o acompanhamento da implementação das sugestões finais, sendo o *follow-up* o procedimento a utilizar.

Segundo a norma de desempenho “2340 – Supervisão do Compromisso”: “Os compromissos têm que ser devidamente supervisionados de forma a assegurar que os objetivos são alcançados, que a qualidade é assegurada e que se promove o desenvolvimento do *staff*.”

Determinadas observações e recomendações feitas podem ser tão relevantes que requeiram uma ação imediata por parte dos responsáveis dos processos. Tais condições devem ser monitorizadas pela auditoria interna até serem corrigidas, devido ao efeito que possam ter na Organização, sendo da responsabilidade desta decisão do prazo, natureza, oportunidade e extensão do *follow-up* de cada auditoria.

Contudo, esta é uma ferramenta que exige tempo e recursos para o auditor, o que pode conduzir ao risco de ficar “esquecida”, ou de ser constantemente prorrogada em detrimento da realização de outros trabalhos de auditoria ou de trabalhos solicitados à auditoria interna.

1.2 Controlo Interno

O ambiente em que as organizações operam está rapidamente a mudar. Os mercados estão cada vez mais competitivos, instáveis e globais, a tecnologia é cada vez mais sofisticada e o seu ciclo de vida útil é cada vez mais curto. Perante esta dinâmica, o controlo interno tem cada vez mais um papel fundamental nas organizações.

O controlo interno tem vindo a ser cada vez mais importante na vida das empresas por força de vários fatores, dos quais podemos salientar, por um lado, o crescente aumento

da dimensão das empresas e, por outro lado, a utilização intensiva de tecnologias da informação que tornam as medidas de controlo ainda mais importantes mas que possibilitam, também, uma maior introdução de mecanismos de controlo. (Inácio, 2014)

O primeiro conceito de Controlo Interno surgiu em 1934, publicado pelo *American Institute of Certified Public Accountants* (AICPA) e usado pela SEC, SAS n.º1 que definia:

“[o] Controlo Interno compreende um plano de organização e coordenação de todos os métodos e medidas adotadas num negócio a fim de garantir a salvaguarda de ativos, verificar a adequação e confiabilidade dos dados contabilísticos, promover eficiência operacional e encorajar a adesão às políticas estabelecidas pela gestão.” (Morais e Martins, 2013, p.28)

Em 1972, o AICPA redefiniu o conceito de controlo interno, nomeadamente do controlo administrativo²³ e do controlo contabilístico²⁴ através da “*Statement on Auditing Procedure*” (SAP) n.º 54, intitulada “*The auditor’s study on evaluation of internal control*” (Gomes, 2014).

Em Portugal, o Tribunal de Contas (1999a, p.47) também prestou o seu contributo ao definir controlo interno como “uma forma de organização que pressupõe a existência de um plano e de sistemas coordenados destinados a prevenir a ocorrência de erros e irregularidades ou minimizar as suas consequências e maximizar o desempenho da entidade em que se insere”.

O controlo interno é um processo concebido, implementado e mantido pela administração e por outro pessoal, para proporcionar segurança razoável a cerca da consecução dos objetivos de uma entidade com respeito a:

- Fiabilidade do relato financeiro;
- Eficácia e eficiência das operações;
- Conformidade com leis e regulamentos aplicáveis (Inácio, 2014)

1.2.1 Sistemas de controlo interno

²³ Como um plano de organização, procedimentos e registos relacionados com os processos de decisão que conduz à autorização das transações pelo Órgão de Gestão. (Gomes, 2014, p.11)

²⁴ Como um plano da organização, procedimentos e registos relacionados com a salvaguarda dos ativos e a confiança nos registos financeiros. (Gomes, 2014, p.11)

Toda a empresa por mais pequena que seja, não pode funcionar sem um sistema de controlo interno que será tanto ou mais sofisticado e complexo quanto maior for a organização e mais complexas forem as suas atividades. O objetivo principal para a sua implementação é proteger a empresa contra ocorrência de erros e fraudes, que em última instância podem ameaçar a sua sobrevivência.

Segundo Costa (2010), nenhuma empresa ou entidade, por mais pequena que seja, pode exercer a sua atividade operacional sem ter implementado um qualquer sistema de controlo interno, ainda que rudimentar.

Um sistema de controlo interno deve ser desenhado de maneira que:

- Seja eficaz para atender aos objetivos da organização;
- Não crie ineficiências ou burocracias, adaptando os recursos da estrutura ao sistema e não o contrário;
- Tenha um saldo positivo na relação custo/benefício.

O Sistema de Controlo Interno deve seguir um conjunto de princípios básicos e medidas, de forma a estar alinhado com os objetivos do Conselho de Administração. De acordo com Almeida (2003), “a administração da empresa é responsável pelo estabelecimento do sistema de controlo interno, pela verificação de se está este sendo seguido pelos funcionários, e por sua modificação, no sentido de adaptá-lo às novas circunstâncias”.

De acordo com o Manual do Revisor Oficial de Contas na DRA 410 o sistema de controlo interno engloba:

“Todas as políticas e procedimentos (controles internos) adotados pela gestão de uma entidade que contribuam para a obtenção dos objetivos da gestão de assegurar, tanto quanto praticável, a condução ordenada e eficiente do seu negócio, incluindo a aderência às políticas da gestão, a salvaguarda de ativos, a prevenção e deteção de fraude e erros, o rigor e a plenitude dos registos contabilísticos, o cumprimento das leis e regulamentos e a preparação tempestiva de informação financeira credível.”

1.3 Gestão de Risco

O conceito de risco é aplicado em múltiplos contextos, tendo muitas vezes associado uma conotação de incerteza e de eminente falha, ou até de acidente, perigo, sorte ou azar.

O risco expressa a preocupação acerca dos prováveis efeitos de um acontecimento incerto, uma vez que não é possível ter certezas absolutas sobre o futuro. Os gestores e auditores têm que tomar em consideração uma série de cenários possíveis, cada um dos quais com o seu impacto nos objetivos e metas da organização.

Fragata (2006), define risco como “a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso”, sendo um evento adverso “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além a nossa vontade”.

Um risco, ao ter associada a noção de probabilidade, poderá desencadear danos materiais, físicos ou psicológicos com diferentes graus de intensidade, o que por si só terá diferentes repercussões, consoante a avaliação do ponto de vista individual ou da própria sociedade e da organização. Em consequência disso, um risco origina o começo de resultados indesejáveis, muitas vezes imprevisíveis, ou então está implícito em algum procedimento ou resolução, nunca há certezas absolutas do resultado aguardado.

Por definição, risco é a possibilidade de um acontecimento futuro e incerto, que poderá ter um impacto positivo ou negativo.

De entre os diversos documentos e autores que versam sobre o tema verifica-se discrepância, no que concerne ao tipo de impacto dos riscos. Alguns autores consideram que o risco se cinge apenas a eventos com impacto negativo nos objetivos de uma organização, enquanto outros vislumbram também a possibilidade de impactos positivos provenientes de riscos.

O Departamento de Tesouro do Reino Unido publicou “*The Orange Book*,” (HM Treasury, 2004), “Risco é a incerteza de um resultado, quer uma oportunidade positiva quer uma ameaça negativa, de ações ou eventos. É a combinação de probabilidade e impacto, incluindo a importância percebida”²⁵

Quon, Zeghal e Maingot (2012), sugerem que o fracasso das organizações é o resultado de uma fraca gestão de risco e de debilidades no governo das sociedades, facto que levou ao aparecimento de uma perspetiva integrada de medição e gestão de riscos conhecida como gestão de risco empresarial.

²⁵ No texto original “*uncertainty of outcome, whether positive opportunity or negative threat, of actions and events. It is the combination of likelihood and impact, including perceived importance.*”

A gestão do risco tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na agenda estratégica das organizações, constituindo um elemento fundamental de suporte à gestão num contexto macroeconómico instável e complexo.

Almeida (2003), defende que o risco do negócio emerge das envolventes interna, local e global e, que o enfoque no risco do negócio traduz-se numa orientação global, holística e sistémica da auditoria.

Focalizar na gestão de risco contribui para assegurar que a auditoria interna opera eficazmente (Allot, 1996).

Para o IIA (2004), gestão de risco é “um processo para identificar, avaliar, gerir e controlar potenciais eventos ou situações, que permita uma garantia razoável de que os objetivos da organização serão alcançados.”

Segundo Castanheira (2007), auditoria interna pode contribuir de forma muito significativa para reduzir os riscos, nomeadamente adotando uma atitude proactiva na análise do risco e contribuindo com propostas de ações corretivas que permitam minimizar a sua exposição.

Avaliação de risco e auditoria baseada no risco contribuem para alinhar as ações da gestão e os recursos da auditoria com os objetivos da organização (Hubbard, 2002, citado por Castanheira 2007).

A posição do IIA perante o papel da auditoria interna na gestão de risco é:

“O principal papel da auditoria interna no processo de gestão de risco é fornecer segurança objetiva acerca da eficácia das atividades de gestão de risco das organizações, contribuir para assegurar que os principais riscos do negócio estão a ser geridos de forma apropriada e que os sistemas de controlo interno estão a funcionar eficazmente.” (IIA 2004, citado por Moraes 2004, p.6)

Para uma efetiva gestão do risco é crucial o alinhamento do apetite ao risco dentro da organização e da perceção dos riscos a que a organização está exposta. Por esta razão, a definição do apetite ao risco da organização e a aprovação de uma política de risco por parte da gestão de topo, constituem fatores críticos para a implementação bem-sucedida do processo de gestão de risco.

O Risco e a Gestão dos Riscos por inerência, estão consagrados no normativo internacional de auditoria interna como sendo preocupações a ter em conta pelo auditor

interno. Então, de acordo com as normas de desempenho do IIA (2009) nº 2120, à atividade de auditoria interna compete:

- Avaliar a eficácia e contribuir para a melhoria da gestão do risco.
- Avaliar as exposições ao risco relativas à governação da organização e sistemas de informação que respeitem a:
 - Fiabilidade e integridade da informação financeira e operacional;
 - Eficácia e eficiência das operações;
 - Salvaguarda dos ativos;
 - Conformidade com as leis, regulamentos e contratos.
- Avaliar a possibilidade da ocorrência de fraude e a forma como a organização gere o risco de fraude

1.4 COSO

Nos anos 70 houve um grande número de escândalos que trouxeram para a ordem do dia a questão da integridade do reporte financeiro.

Nos Estados Unidos cinco organizações²⁶ do setor privado criaram em 1985 a *National Commission on Fraudulent Financial Reporting*, também conhecida como *Treadway Commission*, iniciativa independente do setor privado para responder ao problema de reporte financeiro fraudulento. Posteriormente a Comissão transformou-se em Comité e passou a ser conhecido como *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* – COSO.

As metodologias do COSO foram as selecionadas para serem desenvolvidas neste trabalho pelos seguintes fatores: por serem consideradas metodologias abrangentes e completas, por serem as mais divulgadas e reconhecidas internacionalmente e, por serem as mais utilizadas pelos profissionais de auditoria

1.4.1 *Internal Control - Integrated Framework* de 1992

²⁶ AICPA (*American Institute of Certified Public Accountants*)
AAA (*American Accounting Association*)
IIA (*The Institute of Internal Auditors*)
IMA (*Institute of Management Accountants*)
FEI (*Financial Executives Institute*)

Em 1992 o COSO publicou o trabalho "*Internal Control - Integrated Framework*", que se tornou numa referência mundial para o estudo e aplicação do controlo interno. Este documento define controlo interno como “ um processo, desenvolvido pela Administração, Gestão e outros colaboradores da Organização, desenhado para permitir uma segurança razoável na realização dos seguintes objetivos (categorias):

Eficácia e eficiência das operações;

Fiabilidade do reporte financeiro;

Conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis.”

Produzido após a divulgação de recomendações da *Treadway Commission*, este documento fornece orientações baseadas em princípios para a conceção e implementação de um controlo interno eficaz. Esse *framework* tornou-se na ferramenta de controlo interno mais utilizada nos EUA e tem sido adaptado ou adotado por vários países. Em 15 de dezembro de 2012 esse *framework* foi atualizado.

Os princípios subjacentes ao trabalho do COSO têm como objetivo cultivar um clima de controlo, ou seja, a sensibilização do pessoal da necessidade e utilidade de controlo, identificação de riscos específicos, avaliação e identificação de possíveis formas de controlo, atualizar o conteúdo e qualidade, estimular a prestação de informações e processos de comunicação dentro e fora da empresa.” (Brandão, 2015).

Este modelo integrado de controlo interno é representado por um cubo que representa a relação entre os objetivos que a organização pretende alcançar, os componentes necessários para concretizar esses objetivos e a estrutura organizacional.

Figura 1 - Cubo do COSO de 1992



O COSO destaca cinco componentes essenciais para um sistema de controlo interno eficaz:

- **Ambiente de controlo (*Control Environment*):** O ambiente de controlo é a génese para todas as outras componentes do controlo interno, proporciona disciplina à estrutura, influencia a consciência de controlo das pessoas e envolve a própria organização. Ele define a base para o sistema de controlo interno através do fornecimento de disciplina e estrutura fundamentais. Os fatores de Ambiente de Controlo incluem, os valores éticos e competência das pessoas, a filosofia de gestão e a forma destes operarem, a integridade, a forma como a gestão atribui autoridade, responsabilidade e organiza e promove as pessoas, e a atenção e orientação proporcionada pela direção.
- **Avaliação de risco (*Risk Assessment*):** Esta avaliação compreende a identificação e a análise pela gestão dos riscos relevantes para o alcance dos objetivos pré-estabelecidos. Como todas as organizações enfrentam uma variedade de riscos de origem externa e interna, é essencial proceder à sua avaliação. Assim, pretende-se uma definição de objetivos consistente como primeiro passo para avaliar o risco.
- **Atividades de controlo (*Control Activities*):** São essencialmente, as políticas, as práticas e os procedimentos que asseguram que os objetivos de gestão são atingidos e que as estratégias de diminuição dos riscos são implementadas. Estes procedimentos de controlo compreendem toda a organização, a todos os níveis e em todas as funções, incluindo atividades tão diversas como, por exemplo, autorizações, aprovações, verificações, reconciliações.
- **Informação e comunicação (*Information & Communication*):** A informação que é pertinente terá de ser identificada, e divulgada internamente de forma clara e em tempo útil. Suporta todos os outros componentes de controlo através da comunicação das responsabilidades de controlo aos funcionários e através do fornecimento de informação que lhes permita cumprir com as suas responsabilidades. Toda a organização deve perceber o seu papel no sistema de controlo interno, devendo tal ser informado pela gestão de topo, no intuito de que cada função perceba de que forma as suas atividades estão articuladas. É

importante que esta informação e a Comunicação sejam efetivas a nível interno e externo, para *stakeholders*²⁷ e *stockholders*²⁸.

- **Monitorização (Monitoring):** Todo o sistema de controlo interno requer monitorização. A monitorização dos controlos inclui a supervisão externa do controlo interno por parte da gestão ou de outras partes externas ao processo. Deverá existir um procedimento de avaliação da qualidade do sistema ao longo do tempo. O âmbito e a frequência das avaliações dependerão tanto da avaliação do risco como da eficácia dos procedimentos de monitorização correntes. Deverão ser reportadas superiormente as falhas detetadas ao longo deste procedimento.

1.4.2 COSO - “*Enterprise Risk Management-Integrated Framework*”

O COSO em parceria com a PWC (*PricewaterhouseCoopers*) iniciou um projeto para desenvolver um modelo que fosse de fácil implementação pelos gestores para avaliar e melhorar a gestão do risco nas suas organizações. O do início deste projeto está relacionado com os escândalos financeiros ocorridos (Enron, Tyco, Worldcom entre outros) e com a necessidade de melhorar os sistemas de governo das sociedades e a gestão do risco. Deste trabalho conjunto resultou, em 2004, a publicação com o título “*Enterprise Risk Management – Integrated Framework*”.

Esta *framework* surge com a necessidade de ajudar as organizações a construir programas efetivos para identificar, medir, priorizar e responder ao risco, ao mesmo tempo que complementa a norma n.º 2110 do IIA, no que respeita ao papel da auditoria interna no processo de *Enterprise Risk Management* (ERM).

O COSO (2004) define de gestão de risco como:

“...um processo realizado pelo Conselho de Administração, pela gestão e por outro pessoal, aplicado no ambiente estratégico e ao longo da empresa, planeado para identificar acontecimentos que possam afetar a entidade e gerir os riscos que se encontram dentro do risco aceitável, para proporcionar uma segurança razoável em relação à realização dos objetivos da entidade.”

²⁷ Qualquer pessoa individual ou coletiva que tenha interesse numa determinada organização.

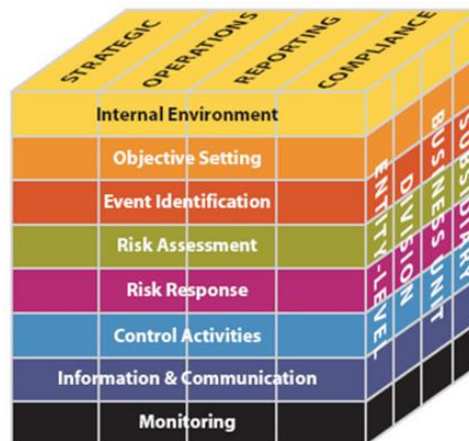
²⁸ Acionista de uma empresa.

É salientado que a auditoria interna deve manter um papel ativo em monitorizar ERM – “monitorizar, examinar, avaliar, reportar e recomendar melhorias na adequabilidade e eficácia do processo de gestão de risco”, ao mesmo tempo que reforça que a auditoria interna não tem a primeira responsabilidade por estabelecer ou manter o ERM (Castanheira 2007).

Embora não tenha por meta substituir a estrutura de controlo interno das organizações, incorpora a estrutura de controlo interno e poderá ser por estas utilizada, tanto para atender às suas necessidades de controlo interno quanto para adotar um processo completo de gestão de riscos. Entre os principais críticos às administrações está a determinação da extensão do risco que a organização está preparada para enfrentar e disposta a aceitar na medida em que se empenha para agregar valor (COSO, 2007).

Existe um relacionamento direto entre os objetivos, que uma organização se empenha em alcançar, e os componentes de gestão de riscos, que representam aquilo que é necessário para o seu alcance. Esse relacionamento é apresentado numa matriz tridimensional em forma de cubo que ilustra a capacidade de manter o foco na totalidade da gestão de riscos de uma organização, ou na categoria de objetivos, componentes, unidade da organização ou qualquer um dos subconjuntos:

Figura 2 - Cubo da Gestão do Risco Empresarial



Fonte: COSO, 2004

Nas colunas verticais do cubo estão representadas as quatro categorias de objetivos de uma entidade:

- **Estratégicos** – objetivos de alto nível, alinhados com suporte à missão da entidade;
- **Operações** – utilização eficaz e eficiente dos recursos da entidade;
- **Reporte** - fiabilidade da informação;
- **Conformidade** – aderência com legislação e regulamentos aplicáveis.

Nas colunas horizontais estão representadas as oito componentes que compõe a gestão de risco. Estas estão interrelacionadas e derivam da forma como a gestão gere o negócio e de como os mesmos são integrados no processo de gestão:

- **Ambiente interno (*Internal Environment*):** abarca o estilo de uma entidade e estabelece a forma como o risco é visto e endereçado pelo pessoal da entidade bem como a filosofia de gestão de risco²⁹, a sensibilidade ao risco³⁰, integridade, valores éticos e o ambiente em que estes operam.
- **Fixação de objetivos (*Objective Setting*):** deverão ser definidos objetivos que suportem e estejam alinhados com a missão da entidade e a sua sensibilidade ao risco ao nível estratégico, estabelecendo uma base de suporte para a definição dos objetivos específicos de operações, reporte e conformidade.
- **Identificação de eventos (*Event Identification*):** deverão ser identificados os eventos externos - económicos, meio ambiente, políticos, sociais e tecnológicos - e internos – infraestrutura, pessoal, processo, tecnologia - que, caso ocorram, poderão comprometer a realização dos objetivos da entidade. Os eventos internos advêm das preferências que o Conselho de Administração faz em relação ao seu funcionamento, os quais espelham as suas escolhas passadas e influenciam os acontecimentos futuros. Podem ser classificados como oportunidades - com impacto positivo - ou riscos - com impacto negativo.
- **Avaliação de riscos (*Risk Assessment*):** deverão ser avaliados os riscos, associados a objetivos, em termos de probabilidade³¹ de ocorrência e impacto³²,

²⁹ A filosofia de gestão consiste em convicções, opiniões e atitudes caracterizando a forma como a entidade perceciona o risco em todas as suas atividades, desde o desenvolvimento e implementação de uma estratégia às suas atividades do dia-a-dia. Reflete os valores da entidade, influenciando a sua cultura e estilo operacional e afetando a forma como os componentes da gestão de risco são postos em prática bem como os riscos são identificados, aceites e geridos. (ACSS, 2007b)

³⁰ A sensibilidade ao risco é a quantidade / valor estimado de risco que uma entidade está predisposta a aceitar para atingir os objetivos estabelecidos e reflete a filosofia de gestão de risco da entidade e influencia a cultura e estilo operacional da entidade. (ACSS, 2007b)

³¹ Possibilidade de um dado evento se verificar

de forma a determinar como deverão ser geridos. Os riscos deverão ser avaliados quanto a risco inerente³³ e risco residual³⁴.

A avaliação de riscos é aplicada primeiramente aos riscos inerentes. Após o desenvolvimento das respostas aos riscos, a administração passará a considerar os riscos residuais (COSO 2004).

Após a avaliação do risco é necessário selecionar as respostas a esse risco e desenvolver ações de forma a alinhar os riscos com a sensibilidade ao risco da entidade.

- **Resposta ao risco (*Risk Response*):** deverão ser selecionadas as respostas ao risco, evitar³⁵, aceitar³⁶, reduzir³⁷ ou partilhar³⁸ - e desenvolvido um conjunto de ações de forma a alinhar os riscos com a sensibilidade ao risco da entidade (ACSS, 2007b).

Ao determinar as respostas ao risco deverão ser considerados fatores como:

- Efeitos das respostas possíveis na probabilidade de ocorrência ou impacto do risco – e que opções se encontram alinhadas com os níveis de risco aceites pela organização;
- Custos e benefícios das respostas possíveis;
- Oportunidades possíveis para atingir objetivos, indo mais além do que endereçar o risco específico;
- **Atividades de controlo (*Control Activities*):** deverão ser estabelecidas e executadas políticas e procedimentos de controlo de forma a assegurar que as respostas ao risco são efetuadas de forma efetiva.
- **Informação e Comunicação (*Information and Communication*):** em redor destas atividades existem sistemas de informação e comunicação ou divulgação. Estes

³² Efeito do evento ocorrer o qual deverá ser medido utilizando a mesma unidade definida para o objetivo respetivo

³³ Risco que uma organização terá de enfrentar na falta de medidas que a administração possa adotar para alterar a probabilidade ou o impacto dos eventos (COSO, 2004)

³⁴ Aquele que ainda permanece após a resposta da administração

³⁵ Abandonar as atividades que originam o risco podendo envolver a desistência de uma linha de produtos, o abandono da expansão para novos mercados geograficamente dispersos, ou a venda de uma unidade de negócio/divisão.

³⁶ Neste caso, nenhuma ação é tomada no sentido de influenciar a probabilidade de ocorrência ou o impacto do risco.

³⁷ São tomadas medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência ou o impacto do risco, ou ambos

³⁸ Reduzir a probabilidade de ocorrência ou impacto, através da transferência ou partilha de parte do risco. As técnicas mais comuns incluem a aquisição de apólices de seguros ou o “*outsourcing*” de determinadas atividades.

permitem que as pessoas da entidade capturem e permutem a informação necessária para conduzir, gerir e controlar as operações.

- **Monitorização (*Monitoring*):** o processo de gestão de risco, na sua globalidade, deverá ser controlado devendo ser efetuadas modificações sempre que necessário. Desta forma, o sistema pode reagir de forma dinâmica, modificando-se sempre que as condições o requeiram. A monitorização é efetuada por atividades contínuas e/ou avaliações periódicas.

A terceira dimensão da gestão de risco representa a organização bem como todas as suas divisões, unidades e subsidiárias podendo a gestão de risco ser efetuada dependendo da relevância de cada uma das organizações.

1.4.3 *Internal Control - Integrated Framework* de 2013

Em 2013, o COSO apresentou as atualizações da *Internal Control - Integrated Framework* de 1992. O objetivo desta atualização do COSO na atualização do *framework* era aumentar a sua relevância no ambiente de negócios cada vez mais complexo e global para que todas as organizações possam melhor projetar, implementar e avaliar o controlo interno.

O COSO acredita que este *framework* fornecerá às organizações benefícios significativos, como por exemplo, o aumento da confiança de que os controlos mitigam os riscos a níveis aceitáveis e de informações confiáveis de apoio a tomada de decisão

Com a atualização do *framework* o COSO atualizou também a sua definição de controlo interno:

“O controlo é um processo efetuado pela administração, gestão e outro pessoal, desenhado para proporcionar segurança razoável acerca da consecução dos objetivos relacionados com as operações, relato e conformidade.” (Inácio 2014)

Da *framework* de 1992 para a de 2013 nota-se um reforço nos seguintes aspetos:

- Ampliação dos objetivos operacionais e de relato;
- Definição de dezassete princípios representando conceitos fundamentais associados com os diferentes componentes.

Quadro 3 - Princípios de cada componente de controlo interno

Componentes do Controlo Interno	Princípios
Ambiente de Controlo	1. A organização demonstra compromisso com a integridade e os valores éticos.
	2. O Conselho de Administração demonstra independência da gestão e exerce supervisão sobre o desenvolvimento e desempenho do controlo interno
	3. A gestão estabelece, supervisionada pelo Conselho de Administração, estruturas, linhas de reporte, autoridades e responsabilidades apropriadas para atingir os objetivos.
	4. A organização demonstra compromisso de atrair, desenvolver e reter pessoas competentes de acordo com os objetivos.
	5. A organização mantém medidas que conduzam à responsabilização dos indivíduos pelo desempenho do controlo interno
Avaliação dos Riscos	6. A organização especifica objetivos com suficiente clareza para permitir a identificação e avaliação dos riscos relacionados a eles.
	7. A organização identifica os riscos para alcançar seus objetivos em toda a organização e analisa os riscos, como a base para determinar como eles deveriam ser tratados.
	8. Para a concretização dos seus objetivos a organização considera a possibilidade fraude na sua avaliação de riscos.
	9. A organização identifica e avalia as mudanças que poderiam afetar significativamente o sistema de controlo interno
Atividades de Controlo	10. A organização seleciona e desenvolve atividades de controlo que contribuam para a mitigação dos riscos para cumprir os objetivos a um nível aceitável.
	11. A organização seleciona e desenvolve atividades de controlo geral sobre a tecnologia de apoio à realização dos objetivos.
	12. A organização implementa atividades de controlo através de políticas que estabelecem o que é esperado e procedimentos que colocam as políticas em ação.
Informação e comunicação	13. A organização obtém ou gera e utiliza informação relevante e de qualidade para apoiar o funcionamento do controlo interno.

	14. A organização comunica internamente a informação, incluindo os objetivos e responsabilidades do controlo interno, necessários para apoiar o seu funcionamento.
	15. A organização se comunica com partes externas sobre assuntos que afetam o funcionamento do controlo interno.
Atividades de Monitorização	16. A organização seleciona, desenvolve e leva a cabo avaliações contínuas e/ou pontuais para determinar se os componentes do controlo interno estão presentes e em funcionamento.
	17. A organização avalia e comunica atempadamente as deficiências de controlo interno aos responsáveis pela tomada de ações corretivas, incluindo a gestão e o Conselho de Administração, se for o caso.

Fonte: Inácio (2014), adaptado

Capítulo 2. Apresentação da entidade acolhedora e enquadramento da atividade de auditoria interna

2.1 Auditoria Interna nas unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde

O fenómeno da globalização e a complexidade dos mercados competitivos colocam à gestão dos hospitais a exigência de conhecimentos para a tomada de decisões em áreas cada vez mais técnicas, como ciências políticas, economia, finanças e teorias organizacionais, incluindo comunicação e relacionamento humano a nível local, regional, nacional e internacional. O gestor deve estar aberto e atento às transformações do meio ambiente, a novas tendências, e voltado para realidades e pressões do meio que o envolve.

A auditoria interna nos hospitais tem-se destacado como instrumento de controlo mais adequado e eficiente para fazer face às necessidades da gestão e responder às solicitações em ambiente hospitalar, na qual deverá apoiar a organização onde está inserida na identificação e avaliação às exposições significativas ao risco, no estabelecimento de controlos efetivos e na proposta de recomendações para a melhoria do processo de governação (Semedo & Roque, 2013).

Com a aprovação dos Estatutos³⁹ dos hospitais EPE⁴⁰ é criada, em 2005, a figura do auditor interno nas unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. Esta imposição legal reconhece a importância da função de auditoria interna para ajudar as unidades de saúde a alcançar os seus objetivos, avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação.

Passados 7 anos, o decreto-lei que altera os Estatutos dos hospitais EPE⁴¹ no seu preâmbulo refere que, atendendo à complexidade da gestão dos hospitais EPE e aos deveres especiais que impendem sobre os gestores públicos no domínio da criação e manutenção de um sistema de controlo e vigilância organizativa e funcional, reconhece-se a importância de reforçar os mecanismos de controlo interno regular da atividade destas entidades, em benefício das boas práticas de gestão empresarial e de uma atuação mais eficiente e transparente da governação. Deste modo, para além da internalização das atividades de auditoria interna na própria estrutura orgânica do hospital EPE., procede-se à revisão do enquadramento jurídico do auditor interno, incrementando novas exigências de

³⁹ Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro

⁴⁰ Artigo 1.º do anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, (alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro) “ O hospital EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas”.

⁴¹ Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro

qualificação, capacitação jurídica e experiência profissional adequada para a designação do auditor interno e incentivando à especialização dos agentes envolvidos.

São, assim, criados os Serviços de Auditoria Interna nas unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A alteração dos Estatutos dos hospitais EPE em 2012 trouxe alterações reveladoras da importância dessa atividade no setor da saúde como consta no quadro que se segue:

Quadro 4 - Comparação do decreto-lei 233/2005 e 244/2012 no que concerne à função de auditoria interna

Designação	Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro	Decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro
Regime Jurídico da Função de Auditoria Interna	<p>“No hospital EPE deve existir um auditor (...)”.</p> <p>Admite exceções:</p> <p>“A existência de auditor pode ser dispensada em função da reduzida dimensão e complexidade do hospital EPE, sempre que os Ministros das Finanças e da Saúde o entendam conveniente”</p>	<p>“Nos hospitais EPE. existe um Serviço de auditoria interna, dirigido por um auditor (...)”.</p> <p>Isto é, assume-se a integração da auditoria interna na própria estrutura orgânica dos hospitais EPE</p> <p>Não admite exceções.</p>
Designação no modelo de governação	Auditor Interno	Serviço de Auditoria Interna
Dimensão e direção	Um auditor	<p>“A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor que exerce as respetivas funções (...) e é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores”.</p>

Designação	Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro	Decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro
Designação do Auditor Interno	Conselho de Administração designa um auditor interno	<p>Conselho de Administração recruta.</p> <p>O Conselho de Administração comunica à ACSS, à DGTF⁴², IGAS⁴³ e IGF⁴⁴ a identidade do auditor interno e as datas de início e termo de funções.</p> <p>A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno ocorre por deliberação fundamentada do Conselho de Administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou de quem, para o efeito, detenha poderes delegados.</p>
Organização	Inexistente	O serviço de auditoria interna, em termos orgânicos, depende do Presidente Conselho de Administração.
Duração do mandato do Auditor Interno	Três anos, apenas renovável uma vez	Cinco anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas

⁴² Direção-Geral do Tesouro e Finanças

⁴³ Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

⁴⁴ Inspeção-Geral de Finanças

Designação	Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro	Decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro
Autoridade	O auditor tem acesso livre a registos, computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção do acesso aos registos clínicos individuais dos utentes	O serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal do hospital, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes
Competências do auditor interno	Devida qualificação	Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria; Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna. Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.
Atribuições e responsabilidades	<p>Proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.</p> <p>Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para a melhoria do funcionamento dos serviços e propor a realização de auditorias por entidades terceiras</p> <p>Elaborar um plano anual de auditoria.</p>	<p>Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços.</p> <p>Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital EPE apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.</p> <p>Elaborar o plano anual de auditoria interna;</p>

Designação	Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro	Decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro
	Elaborar semestralmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar	Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar..
Relatórios	Relatório elaborado pelo auditor interno deve ser submetido pelo Conselho de Administração aos Ministros das Finanças e da Saúde.	O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração às entidades ACSS, DGTF, IGAS, e à IGF
Incompatibilidades e impedimentos	Inexistente	Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração no próprio hospital EPE., nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º -A do Código das Sociedades Comerciais.
Profissionalismo	Inexistente	O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática

Designação	Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro	Decreto-lei 244/2012, de 9 de Novembro
		profissional de auditoria interna e gestão de riscos.
Articulação e colaboração	A atividade do auditor deve ser articulada com a da Inspeção-Geral de Finanças e da Inspeção- Geral da Saúde.	O serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, e a IGAS.
Remuneração	Inexistente	A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85 % do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do Conselho de Administração.

Fonte: Morais (2013), adaptado

Com as alterações introduzidas pelos Estatutos de 2012, a auditoria interna passa a ser obrigatória para todos os hospitais EPE, não admitindo exceções, é integrada no modelo de governação destes, amplia as suas atribuições passando a integrar a avaliação dos processos de gestão de risco, entre outras e paralelamente aumenta as exigências de qualificação e competências para o exercício da função. (Morais, 2013, p.17-18)

2.2 Enquadramento e conceito de ULS

A Lei de Bases da Saúde⁴⁵ preceitua que os cuidados de saúde primários devem situar-se junto das comunidades, “devendo ser promovida a intensa circulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes ” (cfr. n.ºs 1 e 2 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde).

⁴⁵ Lei nº 48/90, de 24 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de novembro

A justificação para a criação, em 1999, da primeira ULS⁴⁶ do país está explanada no preâmbulo do decreto-lei da sua criação, onde se identifica a necessidade da melhoria da prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde assente, em parte, na criação de condições que possibilitem a melhor gestão das suas instituições e a melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica.

Podendo este desiderato ser atingido através de várias formas consideradas mais adequadas à especificidade das várias situações e instituições, conforme preconizado da Lei de Bases da Saúde, entendeu o Governo em funções à data da referida lei, instituir no município de Matosinhos uma experiência inovadora que se consubstanciasse, por um lado, na possibilidade de utilização dos meios próprios de uma gestão pública de tipo empresarial, por outro, na integração numa única entidade pública dos vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde.

2.2.1 Apresentação e caracterização da ULSM

Como foi referido anteriormente, a ULSM foi a primeira Unidade Local de Saúde a ser criada em Portugal.

Integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem por objeto a prestação de cuidados de saúde, podendo, acessoriamente, explorar os serviços e efetuar as operações civis e comerciais relacionadas direta ou indiretamente, no todo ou em parte, com o seu objeto ou que sejam suscetíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em sociedades anónimas cujo capital seja maioritariamente detido pela ULSM e que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, assim como outras formas de associação.

A ULSM rege-se pelos Estatutos dos hospitais EPE pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, bem como pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objeto e do seu Regulamento Interno.

O Regulamento Interno da ULSM, para além de explicitar qual a visão e missão da ULSM, descreve a orgânica e define as responsabilidades de cada unidade, regras gerais de gestão de recursos e de funcionamento.

A ULSM apresenta na sua página institucional (*online*) a visão, missão, as atribuições e os valores que estão presentes:

⁴⁶ Decreto-Lei n.º 207/1999, de 9 de Junho

Visão

Excelência na prestação de cuidados de saúde integrados, assumindo-se como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

Missão

A missão da ULSM, explanada no seu regulamento interno, pretende identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência. Prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes.

Atribuições

São atribuições da ULSM:

- Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos;
- Prestar cuidados diferenciados de saúde à população da área de influência da ULSM;
- Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos;
- Participar no processo de formação contínua, pré e pós-graduada de profissionais do setor, prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes.

Valores

Os valores da ULSM são: o valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade e responsabilidade. (ULSM)

2.2.2 Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da ULSM é constituída pelos órgãos sociais, comissões técnicas, serviço de auditoria interna e níveis de gestão intermédia, cuja composição e competências estão definidas no Regulamento Interno e de acordo com os seus Estatutos.

A organização interna da ULSM, sempre que possível, está estruturada em departamentos⁴⁷ Estes constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e unidades funcionais, possibilitando a desconcentração da tomada de decisão nos termos e no âmbito dos orçamentos - programa previamente contratualizado com o Conselho de Administração da ULSM.

De acordo com o previsto no Regulamento Interno de 2013, a ULSM dispõe das seguintes categorias de serviços, articulados de forma a proporcionarem cuidados de saúde centrados nas necessidades específicas dos utentes, promovendo a integração e continuidade de cuidados, sempre que possível, por via de conselhos de gestão pluridisciplinares:

- Agrupamento de Centros de Saúde (ACES);
- Área clínica hospitalar;
- Área de cuidados continuados;
- Área de suporte à prestação de cuidados;
- Área de gestão e logística.

No anexo I é apresentada detalhadamente a estrutura orgânica da ULSM.

2.2.3 Enquadramento da Auditoria Interna na ULSM

A atividade de auditoria interna na ULSM encontra-se regulada pelo artigo 17º dos Estatutos dos hospitais EPE.

De acordo com o referido diploma legal, ao Serviço de Auditoria Interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

⁴⁷ Os departamentos são unidades descentralizadas dotadas de autonomia nos termos das suas competências, com objetivos específicos e um conjunto de meios materiais e humanos que permitem aos responsáveis do Departamento realizar o seu programa de atividade com a maior autonomia possível, melhorando a acessibilidade, qualidade, produtividade, eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete em especial:

- a) Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital EPE. apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o regulamento de comunicação de irregularidades.

As atividades do Serviço de Auditoria Interna dividem-se em três áreas de atuação: serviços de garantia⁴⁸, serviços de assessoria e consultoria⁴⁹, serviços especiais de investigação e outras áreas de atuação.

Os serviços de garantia consistem na avaliação independente, relativa a um processo, sistema ou outro assunto, nomeadamente os serviços de avaliação dos processos de controlo interno e gestão de riscos. Esta avaliação é feita através de auditorias de serviços e processos, auditorias contínuas e auditorias específicas. As auditorias contínuas desenvolvem-se num âmbito recorrente de acompanhamento e monitorização, enquanto que as auditorias específicas desenvolvem-se apenas uma vez no ano, tendo em atenção um objetivo concreto e definido.

Os serviços de assessoria e consultoria são serviços efetuados por solicitação específica, de carácter consultivo e destinados a apoiar a gestão na concretização dos objetivos da Instituição.

Os serviços especiais de investigação consistem em serviços solicitados pelo Conselho de Administração que não se enquadram nos serviços de avaliação ou assessoria

Para além das áreas acima identificadas, são, ainda, atividades do Serviço de Auditoria Interna a avaliação do sistema de comunicação de irregularidades, a verificação da implementação de recomendações efetuadas por entidades externas e a receção das

⁴⁸ Análise objetiva da evidência necessária para o fornecimento de uma avaliação independente dos processos de governação, de gestão do risco e de controlo para a organização. Como exemplos, podem incluir compromissos financeiros, de desempenho, de conformidade, de segurança de sistemas e de avaliação (“*due diligence*”). (IIA, 2009)

⁴⁹ Atividades e serviços de aconselhamento ao cliente, cuja natureza e âmbito dos trabalhos foram acordados com o cliente, e têm como objetivo acrescentar valor e melhorar os processos de governação, de gestão do risco e de controlo de uma organização, sem que o auditor interno assuma a responsabilidade da gestão. Como exemplos citam-se o aconselhamento, a emissão de pareceres, a facilitação e a formação. ”). (IIA, 2009)

comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.

2.2.4 Controlo Interno na ULSM

A ULSM dispõe de um sistema de controlo interno competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULSM com vista a garantir, nomeadamente:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

De acordo com os Estatutos, o fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da instituição, competindo-lhe, especificamente, verificar a regularidade dos registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte, assim como dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas.

Para além dos mecanismos internos, todo o processo de divulgação de informação financeira é acompanhado e validado por entidades externas, nomeadamente o Tribunal de Contas, a Direção Geral do Tesouro e Finanças, Inspeção Geral das Atividades em Saúde e Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Dos vários mecanismos de controlo interno implementados na ULSM, destacam-se:

- Código de ética;
- Manuais e procedimentos;
- Certificação pelo referencial normativo ISO⁵⁰ 9001:2008;
- Regulamento Interno;
- Segregação de funções;
- Formação contínua dos recursos humanos;
- Política de conflitos de interesses;
- Comunicação de irregularidades.

A ULSM costumizou os Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos recomendados pela ACSS e, sempre que se justifica do ponto de vista funcional, são elaborados procedimentos administrativos e contabilísticos, de âmbito específico ou transversal, que pretendem formalizar procedimentos em determinadas áreas.

Os manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos permitem estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente as melhores práticas de controlo interno em relação aos principais processos, tendo presente o impacto operacional e financeiro. O Gabinete da Qualidade salvaguarda a sua disponibilização e divulgação.

A implementação dos manuais e dos procedimentos administrativos e contabilísticos é avaliada periodicamente pelo auditor interno que, sempre que se justifique, propõe alterações com o objetivo de melhorar o controlo interno, tendo sempre como foco mitigar o risco.

Os procedimentos de controlo interno visam garantir:

- A adequada segregação de funções;
- A qualidade da informação produzida,
- A legalidade das operações;
- A integridade e exatidão dos registos contabilísticos;

⁵⁰ *International Organization for Standardization*

- A definição de responsabilidades;
- A execução dos planos e políticas superiormente definidos;
- A salvaguarda dos ativos.

O número 1 do artigo 17-A do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro, determina a criação de um sistema de comunicação de irregularidades, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação. O número 2 do mesmo artigo determina que o Serviço de Auditoria Interna deve propor ao Conselho de Administração o regulamento com a definição das regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades.

Por forma a dar resposta ao determinado, o auditor interno elaborou o regulamento onde se definem as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades ocorridas na esfera de influência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, designadamente quanto aos meios e tratamento, incluindo garantia de confidencialidade e proibição de retaliações.

O sistema de comunicação de irregularidades da ULSM destina-se à receção e tratamento, de forma direta e confidencial, de comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral. A comunicação interna de irregularidades deve descrever factos que indiciem:

- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicos por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULSM ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULSM.

Compete ao auditor interno a avaliação da aplicação do regulamento e propor ao Conselho de Administração as alterações que considere necessárias para melhorar o processo de comunicação de irregularidades.

2.2.5 Gestão de Risco na ULSM

A identificação dos riscos é fundamental para avaliar a exposição da organização ao elemento incerteza. Esta avaliação exigiu, e exige, um levantamento exaustivo dos processos identificados como sendo de maior risco.

Compete aos responsáveis dos serviços a identificação e avaliação dos riscos inerentes à sua atividade, assim como o desenho dos controlos adequadas à sua mitigação.

A política de risco da ULSM tem por base a avaliação do risco, realizada de acordo com as normas internacionalmente aceites sobre gestão de risco.

Numa primeira fase são identificados os riscos que, caso se concretizem, poderão colocar em causa a estratégia da ULSM e são, também, identificadas as causas que podem concretizar o risco, o tipo de resposta (aceitar, reduzir, transferir ou eliminar) e definidos os controlos adequados à sua mitigação.

Essa avaliação tem por base a probabilidade de ocorrência e o impacto. Após a priorização dos riscos identificados, é definida a resposta e desenvolvidos os mecanismos de controlo adequados à sua mitigação (políticas, procedimentos, formação, sistemas de informação, cultura de gestão de risco, envolvimento dos profissionais, responsabilização, *key risk indicators* etc).

Os profissionais são encorajados a refletir sobre os procedimentos instituídos por forma a, sempre que entenderem pertinente, apresentarem aos seus superiores hierárquicos propostas de melhoria dos controlos existentes para os riscos inerentes à sua área de atuação.

O acompanhamento/avaliação dos riscos e controlos identificados/existentes através de atividade contínua e/ou avaliação periódicas.

Dos vários mecanismos de gestão de risco organizacional na ULSM, destacam-se:

- Gabinete de Segurança e Gestão de Risco;
- Política de conflitos de interesses;
- Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC).

Dando cumprimento a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de Junho de 2009, a ULSM elaborou o Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas.

O plano identifica os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como as medidas preventivas e corretivas que possibilitam a mitigação do risco ou minimizam a probabilidade da sua ocorrência.

O plano identifica como áreas de maior risco de corrupção e infrações conexas, as seguintes: contratação pública, recursos humanos, sistemas de informação e gestão financeira.

Nas áreas identificadas foi efetuado o levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas. O risco foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e avaliado quanto a risco inerente e risco residual. A resposta ao risco elenca o conjunto de ações postas em prática para fazer face ao risco identificado.

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é reavaliado periodicamente, isto porque as organizações são dinâmicas e funcionam em ambientes dinâmicos. Essa reavaliação deve:

- Ter em conta as alterações que possam ter ocorrido na organização e/ou no meio em que está inserida e que provoquem novos eventos e/ou eventos cujo risco não está devidamente avaliado;
- Aferir se os controlos implementados são eficazes;
- Identificar oportunidades de melhoria.

Em 2013, e tendo em consideração a recomendação nº 5/2012 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), a gestão dos riscos inerentes aos conflitos de interesses foi integrada no PGRIC, embora nos anos anteriores esses riscos já estivessem identificados e mitigados.

O Serviço de Auditoria Interna efetua o controlo periódico do plano no sentido de verificar a sua implementação e aplicação. No final do ano elabora um relatório de execução do plano a remeter ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Em 2013, o Conselho de Administração aprovou a política de conflitos de interesses que identifica os possíveis conflitos de interesses e apresenta medidas consideradas razoáveis e adequadas à dimensão da ULSM para mitigar o risco da sua ocorrência. Os instrumentos normativos que abordam o tema dos conflitos de interesses têm por base a salvaguarda de princípios como legalidade, justiça, imparcialidade, integridade, lealdade, confiança e ética. Estes princípios estão explícitos no Código de Ética da ULSM.

Dos controlos internos gerais de prevenção nas atividades potenciadoras de conflitos de interesses implementados, destacam-se:

- Segregação de funções;

- Barreiras na circulação de informação (*chinese walls*);
- Procedimentos preventivos de conflitos de interesses.

O Serviço de Auditoria Interna efetua o controlo periódico do PGRCIC no sentido de verificar a sua implementação e aplicação. No final do ano elabora um relatório de execução do plano a remeter ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Capítulo 3. Estágio na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

3.1 Estágio no Serviço de Auditoria Interna da ULSM

O estágio profissional realizado na ULSM teve a duração de 12 meses e decorreu entre junho de 2014 e julho de 2015.

De forma global as atividades desenvolvidas passaram por colaborar com o Auditor Interno no cumprimento do plano anual da auditoria interna da ULSM.

Atividades realizadas durante o estágio:

Preparação de ações de auditoria interna:

- Analisar procedimentos existentes;
- Identificar fatores de risco;
- Avaliar procedimentos de controlo existentes;
- Elaborar questionários sobre o controlo interno;
- Desenvolver programas de trabalho;
- Aplicar procedimentos/testes de auditoria aos elementos auditados:
 - Inspeção;
 - Observação;
 - Inquérito;
 - Confirmação;
 - Reexecução;
 - Procedimentos analíticos;
 - Testes substantivos;
 - Testes de controlo;
- Elaborar o *draft* do relatório da ação de auditoria interna realizada;
- Apresentar conclusões;
- Apresentar recomendações.

O objetivo global do estágio foi formar o estagiário para que este desenvolvesse competências necessárias para planear e executar uma ação de auditoria interna.

3.2 Atividades realizadas durante o estágio

Durante o período de estágio na ULSM tive a oportunidade de colaborar na realização de três auditorias específicas solicitadas pelo Conselho de Administração e uma auditoria a pedido da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), isto para além do desenvolvimento do Plano para a Igualdade da entidade.

As auditorias a pedido do CA foram as seguintes:

- Consultas no âmbito do *Walking Clinic*;
- Fratura da anca;
- Faturação de tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) realizados nas entidades convencionadas.

A IGAS solicitou uma auditoria à capacidade instalada de exames imagiológicos.

As auditorias foram realizadas de acordo com as normas e técnicas internacionalmente reconhecidas e as orientações constantes do Manual de Auditoria Interna, aprovado pela Administração Central do Sistema de Saúde.

3.2.1 Planeamento e realização das ações de auditoria interna na ULSM

O planeamento⁵¹ serve como fio condutor de uma auditoria, por isso torna-se fundamental, antes de iniciar a auditoria propriamente dita, fazer um adequado planeamento com as tarefas a realizar bem definidas. Assim, entende-se o planeamento como a etapa mais importante para o sucesso de uma ação de auditoria. É nesta etapa que se desenvolve a estratégia geral e a abordagem pormenorizada quanto à natureza, oportunidade e extensão do trabalho a realizar.

O planeamento da auditoria é um processo dinâmico, pois à medida que a auditoria se desenvolve, pode ser necessário fazer alterações ao plano inicial.

A fase do planeamento consiste, nomeadamente:

- Definição do objetivo e âmbito da auditoria, fator fundamental na caracterização do trabalho a realizar;
- Recolha de informação relevante sobre o serviço/área/processo a auditar;
- Avaliação do controlo interno;
- Avaliação de risco;
- Cumprimento legal;
- Eficiência operacional;
- Detecção e prevenção de fraude e de erros.

⁵¹ O planeamento é a criação de plano de auditoria por projeto, com base numa abordagem de risco, que contemple os objetivos, âmbito, prazos de realização do trabalho e recursos a alocar. (IIA, 2009)

Cada auditoria realizada durante o estágio começou por um plano realizado pela equipa auditora onde foi detalhado o programa de trabalho⁵² a realizar, tendo em conta o objetivo e âmbito da auditoria. Esses planos encontram-se em anexo.

A avaliação do risco é feita em função da probabilidade de ocorrência e do impacto, isto sempre na perspetiva do processo/área em causa em avaliação.

A metodologia de gestão de risco adotada recorre ao conhecimento de 2 variáveis, designadas por impacto (I) e probabilidade (P). Cada uma das 2 variáveis é caracterizada com recurso a escalas de 3 níveis.

A estimativa do risco (fase subsequente) prevê o conhecimento, objetivo ou subjetivo, do impacto que um determinado evento indesejado pode assumir, bem como, da probabilidade de ocorrência do mesmo.

Esta probabilidade de ocorrência vai depender do tipo de processo/área e consoante o nível de formação, sensibilização, experiência, suscetibilidade individual, etc., será diferente a probabilidade de sofrer um determinado nível de dano.

Assim, o risco é traduzido pela fórmula: $R = P * I$

Onde:

R = Risco

I = Impacto

P = Probabilidade

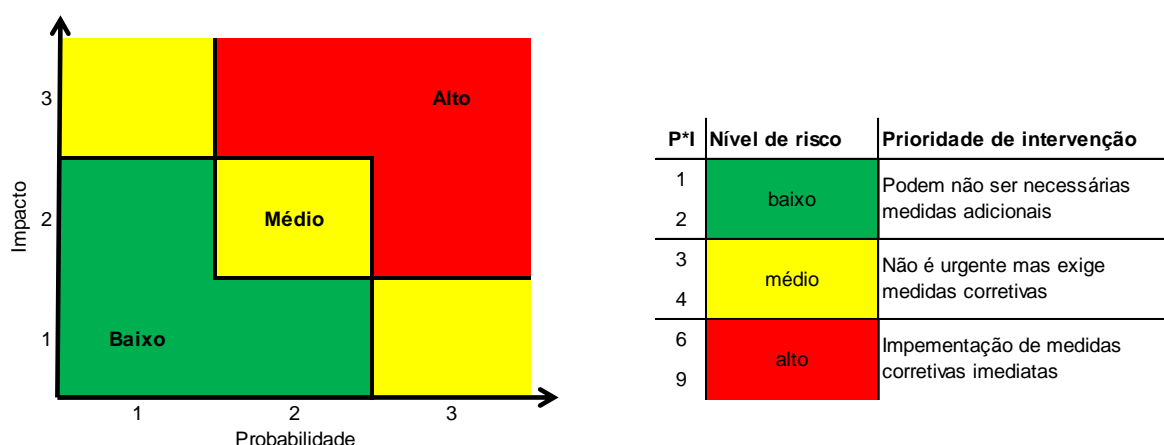
Figura 3 - Nível de probabilidade e impacto

Probabilidade	Descrição	Impacto	Descrição
1	Evento pouco provável	1	Impacto baixo
2	Evento com uma probabilidade média	2	Impacto médio
3	Evento muito provável	3	Impacto alto

Fonte: Elaboração própria

⁵² Documento que lista os procedimentos a ser seguidos durante um compromisso de auditoria e destinados a cumprir o plano concebido. (IIA, 2009)

Figura 4 - Nível de risco



Fonte: Elaboração própria

Para a determinação das prioridades de intervenção recorre-se à escala de Índice de Risco acima apresentada. A escala do Índice de Risco varia entre 1 (situação ótima) e 9 (situação péssima).

3.2.2 Execução da ação de auditoria interna na ULSM

Nesta fase procede-se à realização do trabalho de campo, aplicando os procedimentos e técnicas anteriormente definidos.

3.2.3 Relatório da ação realizada

O relatório da ação de auditoria interna realizada inclui o objetivo, âmbito, metodologia, resultados obtidos, conclusões, recomendações e plano de ação.

As recomendações resultam de um processo de comparação entre “o que deve ser” com “o que é”.

Por se tratar de informação confidencial, não constam neste relatório de estágio as conclusões e recomendações das ações de auditoria interna realizadas.

3.2.4 Trabalhos de auditoria interna realizados

Neste ponto do relatório serão descritos cada um dos trabalhos realizados, e anteriormente referidos, desde o seu planeamento até à sua execução:

- Auditoria às consultas *Walking Clinic*;
- Auditoria à fratura da anca;
- Auditoria à capacidade instalada de MCDT;
- Auditoria à Medicina Física e de Reabilitação.

3.2.4.1 Auditoria às consultas *Walking Clinic*

A primeira auditoria realizada no estágio foi ao modelo *Walking Clinic*.

Walking Clinic é um modelo inovador criado pela ULSM em 2012. Trata-se de um projeto pioneiro que altera o percurso do doente desde a referenciação para a especialidade até à data da sua intervenção cirúrgica, reduzindo as deslocações dos doentes ao hospital, as consultas e repetição de exames e, por consequência, os custos com maior satisfação para os utentes e profissionais.

3.2.4.1.1 Objetivo e âmbito

A auditoria teve por finalidade aferir se os utentes realizaram as três consultas no mesmo dia, como é descrito no folheto informativo *Walking Clinic* e se as taxas moderadoras foram cobradas de acordo com a circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC.

Esta auditoria incidiu sobre os registos das consultas efetuados na aplicação informática, Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), para o período compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 30 de junho de 2014.

Esta auditoria possui uma limitação de âmbito relativa à consulta de enfermagem, uma vez que esta não é agendada na aplicação informática SONHO, nem é cobrada taxa moderadora, logo, não foi tomada em consideração para esta análise.

3.2.4.1.2 Planeamento

Numa primeira fase foi analisada a documentação considerada relevante face aos objetivos e âmbito da auditoria, concretamente:

- Circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC;
 - Esta circular normativa diz respeito a “dispensa de taxas moderadoras e cálculo de montantes a cobrar”. É relevante para esta auditoria o número 1 da parte II que diz: “Em caso de episódios no dia em que ocorram conexamente consultas por mais de um profissional de saúde deve apenas cobrar-se uma taxa moderadora. A taxa moderadora a cobrar corresponderá ao valor mais elevado de consulta realizada, sendo as restantes consultas consideradas dependentes (...)”
- Folheto Informativo *Walking Clinic* com o número de registo 2488.0 retirado da gestão documental da ULSM;
 - Este folheto ajudou na compreensão deste processo numa fase inicial da auditoria, retirando-se para isso a seguinte informação: “a *Walking Clinic*, é uma clínica de Pré-admissão cirúrgica criada na cirurgia de ambulatório do Hospital Pedro Hispano (inserido ULSM), idealizado para tornar o processo de diagnóstico e preparação dos utentes mais célere e fluido. A logística é centrada no atendimento ao doente, iniciando a sua preparação no centro de saúde e agilizando todas as consultas hospitalares (cirurgião, anestesista e enfermeiro), num único tempo e espaço. Pretende tornar o percurso do doente até ao dia da cirurgia mais rápido e eficiente, num conceito fácil de perceber pelos intervenientes. Pretende facilitar ao doente 3 consultas, em 3 gabinetes dispostos em linha, com apenas uma convocatória: cirurgia, anestesia e enfermagem.”

Numa segunda fase foi feita uma primeira análise aos registos de consultas de cirurgia e anestesia retirados da aplicação informática SONHO.

A avaliação do risco consta na matriz de risco anexa ao presente relatório de estágio (anexo III).

3.2.4.1.3 Execução

Os registos das consultas de cirurgia foram retirados da aplicação informática SONHO como foi dito anteriormente. Essa listagem foi disponibilizada pelo Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação (STIC) contendo as seguintes colunas de informação:

- Número do processo do utente;
- Número do utente;
- Nome do utente;
- Data das consultas;
- Especialidade;
- Estado da taxa;
- Código de isenção;
- Descrição da isenção.

Na coluna “Estado da taxa” está representado o estado da taxa moderadora que pode ser I, P, M ou S. Essas letras correspondem ao seguinte:

- I - Isenção de taxa moderadora;
- P - Taxa moderadora paga em dinheiro;
- M - Taxa moderadora paga por multibanco;
- S - Sem pagamento de taxa moderadora.

Para a execução da auditoria, e tendo em conta os objetivos definidos foram realizados os seguintes testes de controlo:

- Verificar se, para cada utente, existe uma consulta de cirurgia e outra de anestesia associadas e se foram todas registadas no âmbito da *walking clinic*;
Foi verificado se para cada número de processo existiam duas consultas e se a especialidade descrita nas consultas correspondiam a “CIR WALKING CLINIC” e “ANEST WALKING CLINIC”.
- Verificar se a segunda consulta realizada, normalmente é a consulta de anestesia, está registada como isenta com o código 75 “DISPENSA DE TAXA MODERADORA POR SE TRATAR DE CONSULTA CONEXA/DEPENDENTE” para os utentes não isentos;
Foi verificado se o código de isenção das segundas consultas era o código 75 apenas para os utentes que não são isentos de taxas moderadoras.

- Verificar se o código registado nas consultas aos utentes isentos é o mesmo em ambas as consultas;

Para os utentes isentos de taxas moderadoras, as segundas consultas devem ter o mesmo código que as primeiras e não com o código 75.

- Verificar se existe dupla cobrança de taxas aos utentes;

Como foi dito anteriormente, cada utente deve ter associadas duas consultas.

Foi verificado neste ponto se todos os utentes que realizaram este tipo de consultas tiveram uma das consultas isenta.

- Verificar se existe pagamentos em falta pelos utentes.

Neste último ponto foram verificados os registos que teriam “S” no estado das taxas, significando assim que os utentes não procederam ao pagamento devido das taxas moderadoras.

3.2.4.2 Auditoria à fratura da anca

Internacionalmente a meta “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas” é considerada um importante indicador de qualidade para avaliar os serviços de saúde: operar todos os doentes com uma fratura na anca nas primeiras 48 horas após o internamento no hospital, salvo exceções, em que por alguma razão clínica não tenha sido possível estabilizar o utente.

3.2.4.2.1 Objetivo e âmbito

Esta auditoria foi realizada por solicitação do Conselho de Administração com objetivo de aferir os constrangimentos que impediram o cumprimento do indicador de qualidade “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas”.

A auditoria abrangeu todos os episódios de internamento, com proveniência do serviço de urgência (SU) e diagnóstico de fratura da anca, cujas cirurgias foram realizadas entre janeiro e maio de 2014.

3.2.4.2.2 Planeamento

Após definição dos objetivos e o âmbito da auditoria, foi efetuada a recolha de informação para um conhecimento mais aprofundado do processo a auditar. Assim, foram analisados documentos relevantes para o processo, nomeadamente:

- Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro onde consta regulamento do Sistema Integrado de Gestão para Cirurgia.

Desse diploma foram extraídos alguns pontos relevantes para a auditoria:

- Inclusão de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)⁵³:
 - “a) São inscritos os utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada;
 - b) São igualmente inscritos os utentes em situação de urgência diferida⁵⁴, (...).”
- Níveis de prioridade:
 - “A programação cirúrgica dos utentes é registada no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e deve obedecer aos critérios que se seguem, partindo do mais importante, conjugados com os tempos máximos definidos no número seguinte:
 - a) Prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença;
 - b) Antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo.”

Analisaram-se os registos extraídos da base de dados através da aplicação informática Sistema de Extração de Dados Estatísticos (SEDE), de todos os utentes que deram entrada no serviço de urgência com o diagnóstico fratura da anca.

⁵³ Lista de inscritos para cirurgia - conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso. (nº 6 da portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro)

⁵⁴ **Urgência diferida** - situação em que um utente que se encontra em crise aguda. É proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada. (nº 13 da portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro)

Tendo em conta a especificidade da informação fornecida, foi solicitada a colaboração de um médico nesta auditoria.

A avaliação do risco consta na matriz de risco anexa ao presente relatório de estágio (anexo V).

3.2.4.2.3 Execução

Como já foi dito anteriormente, foram analisados todos os episódios de internamento, com proveniência do Serviço de Urgência e diagnóstico de fratura da anca, cujas cirurgias foram realizadas entre janeiro e maio de 2014.

Foram executados testes de controlo para verificar:

- Se os utentes foram inscritos na LIC;
- Se foi respeitado o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG);
- Quantos dias os utentes estiveram à espera de cirurgia;
- Se os motivos de incumprimento do indicador (realização da cirurgia dentro das 48h) são imputados ao serviço;
- Se foi utilizada a sala definida internamente para cirurgias com proveniência de urgência diferida de ortopedia;
- Se a equipa cirúrgica definida para este tipo de cirurgias foi a que realizou a cirurgia.

3.2.4.3 Auditoria à capacidade instalada de MCDT

A auditoria foi realizada a pedido da IGAS em cumprimento da alínea a) do nº 2 do Despacho n.º. 17/2014, de 28 de fevereiro, proferido por Sua Excelência, o Ministro da Saúde. Esse despacho determinou que a IGAS, em articulação com os Auditores Internos das entidades do Serviço Nacional de Saúde, realizassem ações de controlo na área de imagiologia com o objetivo de avaliar a utilização da capacidade instalada de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)'s nos Hospitais integrados no SNS.

3.2.4.3.1 Planeamento

O Serviço de Auditoria Interna, dando cumprimento ao despacho referido no ponto anterior, realizou a auditoria com a finalidade de avaliar a capacidade instalada para a produção de exames imagiológicos, assim como a produção executada e os exames imagiológicos realizados no exterior, isto para os anos de 2011, 2012 e 2013. Esta avaliação teve por base os exames requeridos pelo Hospital Pedro Hispano, pelo Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos e pelos Cuidados Continuados.

A produção de exames imagiológicos analisada foi realizada pelo Serviço de Imagiologia e pelos serviços de Cardiologia, Ginecologia/Obstétrica, Gastrenterologia e Pneumologia, no período referido.

Descrição do circuito interno de MCDT's e aplicações informáticas afetas

A aplicação informática utilizada para a gestão da produção de MCDT's na ULSM é o Sistema Informático de Imagiologia (SIIMA), que está a ser implementada de forma gradual. Por este facto, a informação disponível não abrange a totalidade da produção.

A produção da ULSM é registada na aplicação informática SONHO, produção realizada nos cuidados hospitalares, e na aplicação “Sistema de Informação para as Unidades de Saúde” (SINUS) para a produção realizada nos cuidados de saúde primários. De referir que estas duas aplicações têm bases de dados independentes e não comunicantes.

As requisições de exames imagiológicos são feitas em diferentes aplicações informáticas: *Healthcare Information System* (HCIS), Sistema de Apoio ao Médico Hospital (SAM) e SAM Centro de Saúde. O SAM Hospital tem por suporte a base de dados do SONHO e o SAM Centro de Saúde usa a base de dados do SINUS.

O Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos (ACESM) usa a aplicação informática SAM Centro de Saúde. As requisições são emitidas na referida aplicação e ficam no repositório SINUS. No caso de se tratar de um exame não internalizado, o utente leva a requisição e realiza o exame numa entidade convencionada. Para os exames realizados no Hospital Pedro Hispano (HPH) – internalizados – o secretariado da respetiva unidade de saúde efetua o agendamento após a criação manual da requisição na aplicação SIIMA. Este procedimento está sujeito aos riscos inerentes à introdução de dados

manualmente em aplicação informáticas. No momento da realização do exame, os atos executados são integrados automaticamente no SONHO. Posteriormente, o resultado é disponibilizado no processo clínico eletrónico do doente. Todos os médicos da ULSM têm acesso a este processo clínico.

As requisições de exames em contexto de SU são emitidas a partir da aplicação HCIS. Esses pedidos são integrados automaticamente na aplicação SIIMA. Os atos, à semelhança do que acontece com as requisições de exames internalizados emitidas no ACESM, no momento da realização são integrados automaticamente no SONHO. Posteriormente é disponibilizado o resultado no processo clínico eletrónico do doente.

Os circuitos acima descritos são para os exames produzidos internamente. Para exames realizados no exterior os circuitos variam consoante a requisição seja emitida no HPH ou ACESM.

As requisições emitidas no ACESM, cujos exames são realizados no exterior, só são válidos após carimbados e assinados pelos serviços administrativos da unidade onde foram emitidos. Este procedimento equivale ao termo de responsabilidade da área hospitalar, ou seja, a ULSM só aceita pagar os exames cujas requisições estão devidamente validadas pelos serviços administrativos, caso contrário a ULSM não reconhece a despesa, e como tal, não aceita efetuar o pagamento (as entidades convencionadas têm conhecimento desta forma de proceder). Aquando da validação da requisição pelos serviços administrativos, é também realizado um registo numa aplicação desenvolvida internamente pelo STIC para efeitos de conferências de faturas. Refira-se que a partir de 2014, essa conferência passou a ser responsabilidade da Central de Conferência de Faturas da ACSS.

No caso das requisições emitidas no HPH – requisições internas – seguem apenas para o exterior os exames para os quais não há capacidade de resposta interna. Nestes casos, o serviço produtor elabora uma informação vinculativa sobre a ausência de resposta e o Diretor do Serviço/Departamento requisitante justifica a necessidade da realização do exame. Após estas diligências é emitido o termo de responsabilidade, assinado por responsável com delegação de competências para autorizar despesa, e é marcado o exame na entidade exterior de acordo com a lista ordenada do concurso realizado para o fornecimento MCDT's para o hospital.

Os registos de produção disponíveis no SONHO não possuem informação do médico prescriptor, assim como também não têm a informação do profissional que realizou o exame.

Análise de documentos considerados relevantes face ao objetivo da auditoria interna:

- Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro:

A lista dos exames considerados foi elaborada de acordo com as regras constantes na tabela de preços do SNS.

- Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto:

O despacho tem como objetivo “Assegurar uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, sem prejuízo da garantia de acesso efetivo dos cidadãos...” através da “adoção de um conjunto de medidas tendentes a assegurar o uso mais eficiente dos recursos públicos.”

O diploma diz-nos também que “é exigível que as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, otimizem a sua capacidade disponível em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para satisfação da procura. Por outro lado, sendo os cuidados de saúde primários o pilar central do Sistema de Saúde mostra -se necessário reforçar este nível de cuidados por forma a evitar o recurso a outros níveis mais dispendiosos e, simultaneamente, promover a criação de condições que possibilitem uma melhor gestão e a articulação efetiva entre instituições. Face ao que antecede, é condição fundamental num sistema que se pretende direcionado para a obtenção de melhores níveis de eficiência global delinear um conjunto de procedimentos necessários à introdução de ajustamentos no modelo atual de prescrição de MCDT.”

- Despacho n.º 17069/2011, de 16 de dezembro:

“O Programa do XIX Governo Constitucional consagra o estabelecimento de diversos objetivos e medidas no âmbito dos objetivos estratégicos traçados para a Saúde, entre elas a implementação de um sistema ágil de monitorização do consumo de medicamentos. Assim, e sem prejuízo da implementação de um mais amplo mecanismo de monitorização e informação de retorno ao médico prescriptor, deve fazer -se uso da informação já atualmente disponível bem como criar, de uma forma mais standardizada, os procedimentos de monitorização e informação de retorno nas instituições hospitalares.”

- Outras notas introdutórias:

Os equipamentos usados para realizar os exames analisados foram os de ressonância magnética, densitometria, tomografia computadorizada, Rx, mamografia, ecografia e angiografia.

A contagem dos exames foi efetuada não considerando os contrastes, as incidências a mais, etc. (exames designados no presente relatório apenas como adicionais), uma vez que estes adicionais apenas aumentam a complexidade dos exames a que estão associados, de acordo com o explicitado na referida portaria.

Tendo em conta que o volume de requisições vindas dos cuidados continuados é residual, devido às características da unidade de saúde, os exames imagiológicos consumidos por esta unidade foram englobados nos exames do HPH.

Após conhecer os circuitos dos MCDT's, a legislação aplicável e o objetivo da auditoria, elaborou-se o planeamento de acordo com o a seguir apresentado:

- Análise das listagens obtidas da base de dados da aplicação informática SONHO e SINUS. Essas listagens contêm a seguinte informação:
 - Códigos e descrição dos exames que constam na tabela de preços do SNS (Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro);
 - Número de utente;
 - Custo do exame realizado no exterior;
 - Centro de saúde onde foi prescrito o exame e número de cédula do médico prescritor (no caso da listagem retirada do SINUS);
 - Entidade Convencionada⁵⁵.
- Consulta da informação disponível na aplicação SIIMA para verificar o cumprimento do TMRG;
- Análise da listagem de pessoal afeto à produção de exames imagiológicos (médicos, técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros);
- Análise da afetação dos custos (diretos e indiretos) com os equipamentos e mão-de-obra imputados aos centros de custo específicos de imagiologia;
- Extração da aplicação informática Gestão Integrada Administrativa e Financeira (GIAF), de listagem dos equipamentos imagiológicos a 31 de dezembro de 2013;

⁵⁵ Pessoas privadas, singulares ou coletivas, com as quais o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, ou das Administrações Regionais de Saúde, celebra contratos de adesão, que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. (Tribunal de contas, 1999b)

- Inspeção física de equipamentos de imagiologia localizados no HPH;
- Reuniões com os Diretores dos serviços envolvidos.

A avaliação do risco consta na matriz de risco anexa ao presente relatório de estágio (anexo VII).

3.2.4.3.2 Execução

Para a realização desta auditoria, a IGAS forneceu orientação aos auditores internos, serviram de base para o cálculo da produção e da capacidade instalada.

Nessas orientações, os exames são classificados segundo as seguintes tipologias:

- Angiografia
- Ecografia
- Estudos por Doppler
- Osteodensitometria
- Outros exames imagiológicos
- Radiologia Convencional
- Radiologia de Intervenção
- Ressonância Magnética
- Tomografia Axial Computorizada

As listagens obtidas da produção dos exames imagiológicos das aplicações informáticas SONHO e SINUS contemplam todos os MCDTs realizados. Assim, foi necessário identificar os exames a analisar e classifica-los segundo a tipologia sugerida pela IGAS. Para isso foram elaborados papéis de trabalho onde constam as informações sobre os exames a analisar.

A informação analisada foi a seguinte:

- Códigos e descrição dos exames que constam na tabela de preços do SNS (Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro);
- Códigos dos exames utilizados no ACESM;
- Área de MCDT:

Classificação institucional para organização dos exames na base de dados. Os exames analisados nesta auditoria pertencem as seguintes áreas:

- C Cardiologia
- F Endoscopia Gastroenterológica
- I Pneumo e Imunoalergologia
- M Radiologia
- Serviço produtor (Imagiologia, Ginecologia/Obstetrícia, Pneumologia, Urologia, Cardiologia e Gastroenterologia);
- Tipologia do exame consoante a classificação da IGAS;
- Diferenciação de exame normal e adicional.

Depois de reunida toda a informação relativa à produção e confrontando essa informação com os registos no SIIMA foi possível conhecer:

- Produção interna de exames imagiológicos do serviço de imagiologia e de exames especiais por tipologia;
- TMRG do serviço de imagiologia;
- Produção mensal de exames imagiológicos;
- Produção de exames adicionais na ULSM:
 - Como referido anteriormente, a contagem dos exames foi efetuada não considerando os contrastes, as incidências a mais, etc. (exames designados no presente relatório apenas como adicionais), uma vez que estes adicionais apenas aumentam a complexidade dos exames a que estão associados, de acordo o explicitado na portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro.
 - No entanto, e uma vez que estes exames adicionais têm impacto na duração do exame, e consequentemente na utilização da capacidade instalada, optou-se por analisar o número deste tipo de exames realizados no HPH.

Para o cálculo da capacidade instalada da ULSM, foi necessária a análise de toda a informação sobre os recursos humanos afetos à produção de exames imagiológicos e sobre os equipamentos que os realizaram.

- Recursos humanos afetos à execução de exames imagiológicos:
 - Da análise da listagem de pessoal foi observado que, além dos profissionais afetos ao centro de custos, existem também médicos com a remuneração

indexada ao número de exames produzidos (este vínculo permite gerir de forma otimizada a capacidade instalada nas áreas em que estão afetos). A partir desta listagem foi calculado o número de horas trabalhadas de todos os profissionais no ano de 2013.

- Equipamentos Imagiológicos:

Da listagem dos equipamentos imagiológicos a 31 de dezembro de 2013 da aplicação informática GIAF extraiu-se:

- Designação;
- Ano de aquisição;
- Valor de aquisição;
- Valor líquido;
- Localização;
- Centro de custo.

Foi verificado se todos os equipamentos imagiológicos registados no GIAF existiam e se estavam no local físico designado no ficheiro de imobilizado, o que tornou a inspeção física de equipamentos um procedimento importante nesta auditoria.

Para o cálculo da produção instalada foi necessária a colaboração de um técnico que nos forneceu a informação do tempo de duração de cada exame realizado pelos equipamentos analisados. Com esta informação foi calculado um tempo médio que foi utilizado no cálculo da capacidade instalada.

Os exames adquiridos ao exterior também são de importante análise, uma vez que, é necessário saber se e quantos exames foram requisitados por falta de capacidade instalada. Esta análise contempla os exames realizados no exterior, requisitados pelo HPH, cuidados continuados e pelo ACESM.

Os exames requisitados pelo ACESM são realizados no HPH sempre que a capacidade instalada o permite, enquanto que os restantes são realizados nas entidades convencionadas.

O conhecimento dos recursos, humanos e equipamentos, afetos aos serviços produtores de exames imagiológicos permitiu determinar a capacidade instalada.

A análise da produção realizada internamente e da capacidade instalada permitiu aferir se a ULSM utiliza de forma eficiente os seus recursos.

A avaliação realizada às necessidades de exames de imagiologia da ULSM, comparada com a capacidade instalada, produção e exames realizados no exterior permitiu conhecer a forma como a Instituição gere a produção, recursos e cuidados prestados ao utente.

3.2.4.4 Auditoria à Medicina Física e de Reabilitação

A ACSS uniformizou a conferência de faturas de todos os MCDT, requisitados no âmbito dos cuidados de saúde primários, na Central de Conferência de Faturas do Ministério da Saúde. Essa transição iniciou-se no dia 1 de janeiro de 2014, e teve como objetivos, de acordo com a sua circular normativa da ACSS Número 32 /2011/UOFC, induzir um maior rigor no processo, maior controlo de situações fraudulentas, controlo rigoroso da despesa do SNS, entre outras.

3.2.4.4.1 Objetivo e âmbito

A ação de auditoria foi realizada por solicitação do Conselho de Administração com o objetivo de aferir a eficiência da conferência de faturas de tratamentos de medicina física e de reabilitação realizada na Central de Conferência de Faturas da ACSS, assim como verificar se essa conferência foi realizada de acordo com as regras definidas pela ACSS para a conferência de faturas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Os dados analisados referem-se aos tratamentos de medicina física e de reabilitação faturados e conferidos pela Central de Conferência de Faturas, no período compreendido entre janeiro e setembro de 2014.

Limitação de âmbito

Não foi possível aceder aos originais das requisições de tratamentos de medicina física e de reabilitação faturadas pelas entidades convencionadas e conferidas na CCF, tendo por isso o trabalho sido baseado nas requisições digitalizadas disponibilizadas no *site* da CCF.

3.2.4.4.2 Planeamento

Análise da documentação considerada relevante face ao objetivo e âmbito da auditoria:

- Regras utilizadas para avaliar a adequação da conferência de faturas realizada pela CCF definidas na Circular Normativa Número 32/2011/UOFC, da ACSS e o Manual da ACSS intitulado “Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – MCDT – Versão de janeiro de 2014”;
- Manual da ACSS com a definição das regras de conferência de requisições de MCDT a adotar pela CFF (apenas as regras respeitantes à área G (MFR).

Da análise dos documentos acima referidos resultou o quadro resumo de irregularidades. Essas irregularidades foram classificadas de acordo com a sua relevância.

Assim, fez-se a distinção entre irregularidades retificáveis e não retificáveis, sendo que as não retificáveis acrescem custos para a ULSM ou dão origem a cobrança de taxas moderadoras diferentes das tabeladas.

As irregularidades retificáveis são aquelas que as entidades convencionadas podem corrigir, sem prejuízo para o utente ou para a ULSM.

Cód.	Irregularidade	Acresce custos/taxa moderadora incorreta	Passível de correção
I.1	Tratamentos faturados diferentes do prescrito pelo médico de família, isto é, prescrição de consulta e faturado terapia da fala ou prescrição de terapia da fala e faturado outros tratamentos	Sim	Não
I.2	Excede o número máximo tratamentos de terapia da fala	Sim	Sim
I.3	Requisição rasurada	Não	Não
I.4	Consulta de avaliação final faturada e não registada em " <i>procedimentos efetuados e não prescritos</i> "	Sim	Sim
I.5	Data de declaração do utente igual à data de início de tratamento	Sim	Não
I.6	Data de declaração do utente inferior à data de início de tratamento	Sim	Não
I.7	Data de prescrição superior à data de início tratamento	Sim	Não
I.8	Falta data na declaração do utente	Não	Sim
I.9	Requisição fora do prazo	Sim	Não
I.10	Falta vinheta médico executante	Não	Sim
I.11	Taxa moderadora cobrada a utente isento	Não	Sim
I.12	Preço incorreto	Sim	Sim
I.13	Taxa moderadora incorreta	Sim	Sim
I.14	Tratamento sobrepostos	Sim	Não
I.15	Tratamentos faturados e não realizados	Sim	Sim

Quadro 5 - Classificação de irregularidades

Fonte: Relatório de Medicina Física e Reabilitação 2015

No quadro acima classificaram-se as irregularidades, tendo em conta o aumento de custos para a ULSM, ou a diminuição de receita, devido a inconformidades na faturação apresentada pelas entidades convencionadas e aceites como corretas pela conferência de faturas realizada pela CCF.

Na coluna “acresce custos/taxa moderadora incorreta” estão assinaladas com “Sim” as irregularidades que contribuíram para o aumento de custos com tratamentos de MFR ou deram origem a cobrança de taxas moderadoras a partir de tabela de preços do SNS desatualizada.

Na coluna “passível de correção” estão assinaladas com “Sim” as irregularidades que poderiam ter sido corrigidas se tivessem sido detetadas pela Central de Conferência de Faturas (CCF). No entanto estas irregularidades não aumentam os custos com tratamento de MFR.

Nesta fase da auditoria, solicitou-se a seguinte informação:

- Requisições de MFR emitidas em 2013 e 2014 pelo ACESM - informação fornecida pelo STIC retirada da base de dados SINUS;

A informação fornecida contém os seguintes elementos:

- Ano de prescrição;
- Número de utente;
- Número de prescrição;
- Descrição do MCDT;
- Requisições de MFR faturadas pelas entidades convencionadas e conferidas no Serviço de Gestão Financeira (SGF) do ano de 2013 - informação extraída da aplicação informática desenvolvida internamente – “ULSM - Central de MCDT'S - Conferência de faturas”;
- Requisições de MFR faturadas pelas entidades convencionadas e conferidas na CCF de janeiro a setembro 2014 - informação extraída da plataforma da CCF;
- Valores registados na rubrica 62132 do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POC MS) – informação fornecida pelo SGF;
- Informações de Retorno⁵⁶:

⁵⁶ É o documento devolvido pela entidade prestadora para ser entregue, pelo utente, ao médico emissor da requisição, por forma a este obter conhecimento dos tratamentos realizados e do estado atual do doente. (Relatório de auditoria interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Medicina Física e de Reabilitação, 2015)

- Por forma a confrontar a informação administrativa com a informação clínica, ambas fornecidas pela entidade convencionada, solicitou-se às unidades de saúde, a informação de retorno respeitante às requisições com irregularidades identificadas.

A análise das informações de retorno tem como objetivo verificar se estas apresentam os seguintes elementos:

- Discriminação dos tratamentos efetuados;
- Número de tratamentos realizados;
- Data de início do tratamento;
- Data de fim do tratamento;
- Estado atual (do utente após os tratamentos);
- Assinatura do responsável e carimbo;
- Assinatura do utente.

Tendo em conta que a informação de retorno é entregue pelas entidades prestadoras de tratamentos de MFR diretamente aos utentes e estes é que a devem entregar na unidade de saúde emissora da credencial que deu origem aos referidos tratamentos realizados, é de admitir que nem sempre os utentes a entreguem ao respetivo médico. Optou-se, então, por não considerar a falta da informação de retorno (comprovativo da realização da consulta de avaliação realizada no fim dos tratamentos) como irregularidade.

As não conformidades identificadas nas informações de retorno foram classificadas de acordo com o apresentado no quadro infra.

Quadro 6 - Classificação das não conformidades das informações de retorno

Código	
NC.1	Falta assinatura do utente
NC.2	Falta descrição de tratamentos
NC.3	Falta número de sessões por tratamento
NC.4	Inconclusivo
NC.5	Falta data de início e fim dos tratamentos
NC.6	Data de início e fim dos tratamentos diferentes das datas de início e fim apresentados na faturação
NC.7	Data de início e fim dos tratamentos inferior à data da requisição
NC.8	Tratamentos faturados diferentes do prescrito pelo médico de família

Fonte: Relatório de Medicina Física e Reabilitação 2015

As informações de retorno consideradas inconclusivas são aquelas em que a discriminação dos tratamentos realizados é incompreensível, não sendo possível a comparação com os tratamentos faturados.

- Consulta e extração de informação na plataforma da CCF, nomeadamente as irregularidades encontradas pela CCF e as devoluções de requisições, disponível no site:

<https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico;>

- Entrevistas a intervenientes com conhecimentos da área, de forma a obter informação pertinente ao desenvolvimento do trabalho;
- Seleção e análise de uma amostra de requisições faturadas de janeiro a setembro de 2014.

Para determinar a amostra, foi feita uma primeira análise ao universo de entidades convencionadas prestadoras de tratamentos de MFR.

Para o universo das requisições faturadas de janeiro a setembro de 2014, pelas entidades com maior volume de faturação, e tendo em consideração os riscos identificados na preparação da auditoria, foram definidos os seguintes critérios para determinar a amostra:

- Número de requisições de MFR emitidas e faturadas por utente (priorizando os utentes com mais requisições);
- Requisições de MFR devolvidas pela CCF às entidades convencionadas – requisições com erros detetados pela CCF;
- Requisições de MFR emitidas 2013 com tratamentos faturados em 2014.

Após esta conglomeração dos dados, foi selecionada uma amostra das unidades primárias de amostragem.

Depois da seleção da amostra foram impressas as requisições da plataforma da CCF. Das requisições extraíram-se os seguintes dados:

- Data de prescrição da requisição;
- Data de início e fim dos tratamentos;

- Data em que o utente assinou a requisição (o utente tem de assinar e datar a requisição após os tratamentos terem sido todos realizados);
- Quantidade de tratamentos realizados;
- Registo da realização de consulta de avaliação final;
- Preços dos tratamentos (excluindo as taxas moderadoras);

A avaliação do risco consta na matriz de risco anexa ao presente relatório de estágio (anexo IX).

3.2.4.4.3 Execução

Com a informação fornecida pelo STIC e a informação extraída da plataforma da CCF foram realizados os seguintes procedimentos:

- Verificar se os tratamentos faturados são os prescritos pelo médico de família;
- Verificar se todas as requisições respeitam o limite máximo de tratamentos;
- Verificar se a consulta de avaliação final foi realizada e se se encontra registada no sítio correto;
- Verificar se o utente assinou e datou a requisição e se esta é igual ou superior à data de fim dos tratamentos;
- Verificar se a data de prescrição é inferior à data de início de tratamentos;
- Verificar se a requisição está dentro do prazo de validade;
- Verificar se existe vinheta válida identificativa do local de prescrição, do médico prescritor e do médico executante (exceção da terapia da fala);
- Verificar se as taxas moderadoras foram cobradas apenas aos utentes devidos e se estas têm o valor correto;
- Verificar se os preços cobrados à ULSM estão de acordo com a tabela de preços dos convencionados em vigor;
- Verificar se não existem requisições de MFR para o mesmo utente com tratamentos idênticos a decorrer em simultâneo;
- Verificar se todos os tratamentos prescritos foram realizados;
- Verificar se a entidade convencionada possui uma convenção/acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS)/ULS faturada no âmbito da área de MCDT e dos exames ou tratamentos prestados. Essa convenção tem que se encontrar ativa;

- Verificar a identificação do utente (nome e número de beneficiário);
- Verificar as seguintes assinaturas: Médico Prescritor; Responsável da Unidade de saúde; Médico Executante: Utente com a respetiva data de final de tratamentos;
- Verificar a devida identificação de tratamentos realizados;
- Verificar se o valor total comunicado de prestação para cada requisição corresponde ao somatório da prestação comunicada de cada uma das linhas de exames/ tratamentos prestados que a compõe;
- Verificar se o intervalo entre a data de início e fim das sessões é está dentro do limite máximo permitido;
- Verificar se os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia se encontram preenchidos;
- Verificar se a área de MCDT dos exames/ tratamentos prescritos na requisição corresponde à área a que respeita a fatura;
- Verificar se o local de prescrição da requisição pertence à ARS/ ULS faturada;

3.2.5 Plano para a igualdade

Enquadramento legal para a realização do Plano para a Igualdade

A Resolução do Conselho de Ministros 19/2012, de 8 de março, principia por expressar a importância da igualdade de género, quando no seu preâmbulo aponta “a presença equilibrada de mulheres e de homens nos postos de decisão, política e económica, é reconhecida como um requisito da democracia e como um contributo para a própria sustentabilidade do desenvolvimento, gerando um melhor aproveitamento das qualificações e competências quer de mulheres, quer de homens”, e consigna também que “o setor empresarial representa uma parte importante da vida económica nacional, tendo o bom governo das empresas um valor económico e social fundamental, quer para as próprias empresas, quer para a economia em que se inserem.”

O ponto número 1, da mesma Resolução, determina “a obrigatoriedade de adoção, em todas as entidades do SEE, dos planos para a igualdade previstos na Resolução do Conselho de Ministros n.º 70/2008, de 22 de abril, tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a facilitar a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.”

Elaboração do plano para a igualdade da ULSM

Para dar resposta aos objetivos previstos nos Planos Nacionais para a Igualdade e às determinações do Conselho de Ministros, explanadas nas Resoluções do Conselho de Ministros nº 49/2007, de 28 de março e nº 70/2008, de 22 de abril, a ULSM, EPE elaborou o seu Plano para a Igualdade.

O Plano para a Igualdade da ULSM encontra-se no anexo X e constitui uma referência para a integração e sedimentação da perspetiva de género nos vários domínios dos serviços de saúde da instituição a nível da gestão de recursos humanos, da divulgação de informação em saúde e aplicação das boas práticas tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

O plano tem por base o diagnóstico realizado em 2012 sobre a situação de homens e mulheres na Instituição. Este diagnóstico permitiu verificar, através de indicadores para a igualdade, a efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres.

Os vários pontos a seguir apresentados foram analisados primeiramente em termos gerais e seguidamente em função do género, através de um conjunto de indicadores habitualmente reconhecidos para o efeito.

1. Profissionais por género
2. Composição do Conselho de Administração por género
3. Composição das chefias intermédias por género
4. Escalão etário por género
5. Grupo profissional e género
6. Níveis de escolaridade e género
7. Carga horária e género
8. Vínculo e género
9. Remuneração base e género

Para avaliar a situação da ULSM, tanto em matéria de igualdade de género, como em matéria de políticas e práticas de igualdade de género, foi usado o questionário, designado por autodiagnóstico, proposto no guião para a implementação de Planos de Igualdade na Administração Pública Central.

O questionário abrange os seguintes domínios fundamentais da gestão organizacional:

- Planeamento estratégico;
- Gestão de recursos humanos;
- Comunicação interna e externa;
- Áreas de intervenção setorial.

O questionário de autodiagnóstico incluiu 56 questões concluindo uma pontuação máxima de 100 pontos, sendo cada resposta pontuada com 1,2 ou 3 pontos, consoante a sua importância para a transversalização da igualdade de género.

Quanto maior fosse a pontuação obtida melhor se encontra posicionada ao nível de políticas e práticas de igualdade de género e conciliação com a vida profissional com a vida familiar.

Das análises e do diagnóstico elaborados concluiu-se que a ULSM incorpora formalmente nas suas boas práticas e políticas de gestão medidas impulsionadoras de oportunidades e facilitadoras da conciliação da vida profissional e familiar dos seus colaboradores e colaboradoras, referindo um leque de princípios e práticas que favorecem o equilíbrio entre os géneros. Contribuir para a sua concretização é uma missão que exige o envolvimento e participação de todos colaboradores da ULSM mediante a adoção das boas práticas transversais e específicas, contribuindo para que, neste domínio, as práticas desta Unidade de Saúde constituam uma referência.

Capítulo 4. Conclusão

O desenvolvimento do relatório de estágio teve por base uma vasta quantidade de pesquisas, que passam por pesquisa de informação na *internet*, livros, manuais, repositórios e publicações *online*, e também os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, através dos trabalhos efetuados. Na sua realização utilizou-se metodologias adquiridas ao longo dos semestres de estudo, procedendo-se a uma análise e investigação em várias fontes documentais.

A Auditoria Interna é uma área onde existe contato com todos os níveis dentro da organização onde se atua, obrigando a um conhecimento profundo do “negócio” da organização bem como a uma visão ampla e crítica da mesma.

Uma vez que a auditoria interna é uma atividade de constante aprendizagem e inovação, durante o estágio pode ter-se essa percepção e criar oportunidades de desenvolver outras competências individuais agregadas. Foi possível compreender o transporte da teoria para a prática, fazendo com que o gosto já existente pela área crescesse a cada dia durante o estágio.

Durante o estágio foram feitas as auditorias apresentadas no capítulo 3, sendo que para cada uma delas foi necessário um estudo prévio de todos os procedimentos e normas, a elaboração do planeamento, execução de testes e a elaboração do relatório. Assim, para cada uma delas foi necessária muita dedicação. Espera-se que o trabalho realizado seja entendido como uma oportunidade de melhoria e que possa ser utilizado na definição de práticas de controlo mais eficientes e eficazes.

Na realização deste relatório mostrou-se de forma clara e concisa o desenvolvimento pessoal durante o estágio, em Auditoria Interna. Cremos que se cumpriu com os objetivos proposto no plano de estágio inicialmente estabelecidos.

Em suma, releva-se com este estágio de um ano a criação de uma excelente perspetiva de uma pequena parte do trabalho de um técnico auditor em Auditoria Interna na área da saúde.

Referências Bibliográficas

ACSS. (2007a). *Manual de Auditoria Interna Parte I*. Obtido em 5 de julho de 2015, de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/ACSS_MAI_Hospitais_ParteI.pdf

ACSS (2007b). *Metodologia de gestão de risco*.

Allot, A. (1996), “The Emerging Role Internal Audit”, *Management Accounting*, January: p. 60-61.

ALMEIDA, M. (1996). *Auditoria: um curso moderno e completo*. (4ª. Edição) São Paulo: Atlas.

ALMEIDA, M. (2003) *Auditoria: um curso moderno e completo*. (6ª. Edição) São Paulo: Atlas.

Attie, W. (1998). *Auditoria, Conceitos e Aplicações* (3ª Edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Brandão, T. (2015). *Auditoria Interna, Estágio na Sarreliber – Transformação de Plásticos e Metais, S.A.* Relatório de Estágio. ISCAP. Instituto Politécnico do Porto.

Castanheira, N. (2007). *Auditoria Interna baseada no risco. Estudo do caso Português*. Dissertação de Mestrado. Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

Circular Normativa nº 37/2011/UOFC.

Circular Normativa nº 32 /2011/UOFC.

COSO (1992). *Internal Control - Integrated Framework, Executive Summary*. Obtido em 5 de julho de 2015 de <http://www.coso.org/IC.htm>.

COSO (2004). *Enterprise Risk Management – Integrated Framework*. Obtido em 5 de julho de http://www.coso.org/documents/COSO_ERM_ExecutiveSummary_Portuguese.pdf.

COSO, (2007). *Gerenciamento de Riscos Corporativos - Estrutura Integrada: Sumário Executivo*. Obtido em 5 de julho de http://www.coso.org/documents/COSO_ERM_ExecutiveSummary_Portuguese.pdf.

COSO (2013). *Controle Interno - Estrutura Integrada: Sumário Executivo*. Obtido em 5 de julho de http://www.iiabrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf.

Costa, A. (2008). *A auditoria interna nos municípios portugueses*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia. Universidade do Porto.

Costa, C. (2010). *Auditoria Financeira: teoria e prática* (9ª edição). Lisboa: Letras e Conceitos, Lda.

Crepaldi, S. (2004) *Auditoria Contábil: Teoria e Prática* (3ª edição) São Paulo: Atlas.

Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de julho. Diário da República nº 133/99 - I Série- A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei nº 233/2005. Diário da República nº 249, Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei nº 244/2012. Diário da República. nº 217, Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 10430/2011, de 1 de agosto. Diário da República nº158/2011 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 17069/2011, de 16 de dezembro. Diário da República n.º 243/2011 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diretriz de Revisão/Auditoria n.º 410 (2000). Obtido a 5 de setembro de 2015 em <http://www.infocontab.com.pt/download/DRA/DRA410.pdf>.

Fragata, J (2006) – *Risco Clínico: Complexidade e performance* (s/edição)., Coimbra, Edições Almedina.

Gomes, E. (2014). A importância do controlo interno no planeamento de auditoria. *Revisores e Auditores*, 54, pp. 9-31. Obtido em 17 de Julho de 2015 <http://www.oroc.pt/fotos/editor2/Revista/64/Auditoria.pdf>.

HM Treasury. (2004) *The Orange Book. Management of Risk – Principles and Concepts*. Londres. Obtido em 16 de julho de 2015 de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220647/orange_book.pdf.

IIA. (2004). *The Role of Internal Auditing in Enterprise wide Risk Management*. Obtido em 16 de julho de 2015 de http://www.ucop.edu/riskmgt/erm/documents/role_intaudit.pdf

IIA (2009). Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna Tradução do IPAI. Obtido a 4 de julho de 2015 em www.ipai.pt/fotos/gca/ippf_2009_port_normas_0809_1252171596.

IIA (2013). *The Institute of internal Auditors - IPPF 2013 Edition*. Obtido em 4 de julho de 2015 de <https://na.theiia.org/standards-guidance/topics/pages/governance-risk-and-control.aspx>.

Inácio, H. (2014). *Controlo interno - Enquadramento teórico e aplicação prática* (1ª edição). Lisboa. Escolar Editora.

Krogstad, J. Ridley, A. & Rittenberg, L. (1999). *Where we're going*. Internal Auditor, p. 27-33.

Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Diário da República nº 195/90 - I Série. Ministério da saúde. Lisboa.

Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. Diário da República nº 258/2002 - I Série-A. Ministério da saúde. Lisboa.

Lima, R. (2009) *Auditoria*. Curitiba: IESDE Brasil S.A. Obtido em 10 de Outubro de 2015 de <http://pt.slideshare.net/karennpaty/auditoria-44273616>.

Lorenzo, M. J. P. (2001), “*La auditoría interna orientada a los procesos*”, Partida Doble, Julio-Agosto: 78-85.

Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (2014).

Mcnamee, D. (1997), *Risk Based Auditing*, The Internal Auditor, August: 22-27.

Morais, G & Martins, I. (2003). – *Auditoria Interna- função e processo* (2ª edição). Coimbra: Áreas Editora.

Morais, G & Martins, I. (2007). *Auditoria Interna- função e processo* (3ª edição). Coimbra: Áreas Editora.

Morais, G. (2004), *Como emerge a auditoria nas pequenas e médias empresas, em Portugal, X Congresso de Contabilidade – Relato Financeiro e Responsabilidade Social*. Centros de Congressos do Estoril. Obtido em 17 de Julho de 2015 de <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1677/1/Como%20emerge%20a%20auditoria%20interna.pdf>.

Morais, G. (2013), A auditoria interna reforça a sua relevância, o seu papel e as suas atribuições nas entidades públicas empresariais do setor da Saúde. *Auditoria Interna*, 50,

p.17-18. Obtido em 5 de julho de 2015 de http://www.ipai.pt/fotos/gca/revis_no_50_pdf_para_site_e_envio_1364583514_1421846271.pdf.

Moeller, R. (2009). *Brink's Modern Internal Auditing*. 7.^a ed. New Jersey: John Wiley & Sons.

Pinheiro, J. (2010). *Auditoria Interna – Auditoria Operacional – Manual Prático para Auditores Internos*. 2.^a ed. Lisboa: Rei dos Livros.

Plano de Risco de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Plano para a Igualdade 2014-2016 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Portaria nº 45/2008, de 15 de Janeiro. Diário da República nº10/2008 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Quon, T., D. Zeghal, & Maingot, M. (2012). Enterprise Risk Management and Firm Performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 62, p.263-267.

Ramamoorti, S. (2003) *Chapter 1 Internal Auditing: History, Evolution, and Prospects*. Obtido em 10 de março de 2015 de <https://na.theiia.org/iia/PDF/Public%20Documents/Chapter%201%20Internal%20Auditing%20History%20Evolution%20and%20Prospects.pdf>.

Relatório de auditoria interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Consultas *Walking Clinic* (2014).

Relatório de auditoria interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Fratura da anca (2014).

Relatório de auditoria interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Capacidade instalada de MCDT (2014).

Relatório de auditoria interna da Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Medicina Física e de Reabilitação (2015).

Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2007, de 28 de março. Diário da República nº 62/2007 – I série. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros nº 70/2008, de 22 de abril. Diário da República nº 79/2008 – I série. Lisboa

Semedo, D & Roque, L. (2013). *A Auditoria Interna nas Empresas da Saúde do Setor Empresarial do Estado*. Obtido 3 de Setembro de 2015 de <http://www.otoc.pt/news/comcontabaudit/pdf/49.pdf>.

Teixeira, M. F. (2006). *O contributo da Auditoria Interna para uma gestão eficaz*. Dissertação de Mestrado em contabilidade e Auditoria da Universidade de Coimbra. Obtido em 6 de março de 2015 em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/581/1/LC326.pdf>.

Tribunal de Contas (1999a). *Manual de Auditoria e Procedimentos (Volume I)*. Obtido em 29 de julho em www.tcontas.pt.

Tribunal de Contas. (1999b). *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 29 de julho de 2015 de http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/1999/38-1999.pdf.

Tribunal de Contas (2011) Relatório n.º 8/2011 – 2ª secção do TC – A Função de Auditoria Interna no SEE.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos: <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>

Anexos

Anexo I – Organograma da ULSM



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

FISCAL ÚNICO

CONSELHO CONSULTIVO

COMISSÕES

Catástrofe
Controlo de Infecção e de Antimicrobianos
Coordenação Oncológica
Direção de Enfermagem
Ética
Farmácia e Terapêutica
Médica
Normalização do Equipamento e Material de Consumo
Promoção do Aleitamento Materno
Qualidade e Segurança do Doente
Técnica de Certificação para IVG
Transfusional
Processo Clínico
Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do ACES
Grupo Coordenador do Programa de Anti-Tuberculose
Grupo de Gestão de Resíduos
Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho

ACES AGRUPAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Centro de Saúde de Leça da Palmeira
USF Leça
USF Maresia
USF Dunas
UCSP Santa Cruz
UCC Leça

Centro de Saúde de Matosinhos
USF Horizonte
USF Oceanos
UCSP Matosinhos
UCC Matosinhos

Centro de Saúde da Senhora da Hora
USF Caravela
USF Lagoa
UCC Senhora da Hora
UCE

Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta
USF Infesta
USF Porta do Sol
UCSP S. Mamede
UCC S. Mamede

Centro de Diagnóstico Pneumotológico

URAP

Unidade de Saúde Pública
Unidade de Sanidade e Fronteiras

SASU

ÁREA CLÍNICA HOSPITALAR

Departamento de Medicina
Serviço de Medicina Interna
Unidade de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular
Unidade de Cuidados Intermedios Polivalente

Serviço de Cardiologia

Serviço de Neurologia

Serviço de Imuno-Hemoterapia

Serviço de Pneumologia

Serviço de Infeciologia

Serviço de Dermatologia

Serviço de Endocrinologia
Unidade de Diabetologia

Serviço de Gastroenterologia

Serviço de Oncologia

Unidade de Hematologia Clínica

Unidade de Nefrologia

Unidade de Imunologia

Departamento de Anestesia
Serviço de Anestesiologia
Unidade de Dor Crónica
Unidade de Medicina Hiperbárica

Departamento de Cirurgia
Serviço de Cirurgia Geral
Unidade de Cirurgia Plástica
Unidade de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial

Serviço de Ortopedia

Serviço de Urologia

Serviço de Otorrinolaringologia

Serviço de Oftalmologia

Bloco Operatório

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Departamento de Saúde Mental

Serviço de Psicologia

Serviço de Psiquiatria
Unidade de Pedopsiquiatria

Departamento de Emergência e Medicina Intensiva
Serviço de Medicina Intensiva
Emergência Clínica

Serviço de Urgência

Equipa de Emergência Pré-hospitalar

Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem
Serviço de Pediatria
Unidade de Imunologia Pediátrica
Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento
Unidade de Endocrinologia Pediátrica

Serviço de Neonatologia

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Bloco de Partos
Unidade de Grávidas de Risco
Urgência Obstétrica e Ginecológica

Consulta Externa Hospital de Dia
Exames Especiais
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Departamento de MCDT
Serviço de Imagiologia
Unidade de Radiologia
Unidade de Neuroradiologia

Serviço de Anatomia Patológica

Serviço de Patologia Clínica

CUIDADOS CONTINUADOS

Unidade de Convalescença
Equipa de Cuidados Paliativos

SUPOORTE À PRESTACÃO DE CUIDADOS

Serviços Farmacêuticos
Serviço de Esterilização Central
Serviço de Nutrição
Serviço Social

GESTÃO E LOGÍSTICA

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental
Serviço de Gestão de Recursos Humanos
Serviço de Gestão Documental
Centro de Formação

Departamento de Compras e Logística
Serviço de Compras
Serviço de Logística

Serviços Hoteleiros

Serviço de Instalações e Equipamentos

Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação

Serviço de Gestão Financeira

Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Gabinete de Contratualização

Gabinete da Qualidade

Gabinete do Cidadão

Centro de Ensaios Clínicos

Gabinete de Saúde Ocupacional

Gabinete de Codificação

Gabinete de Comunicação e Relações Públicas

Gabinete Jurídico

Gabinete de Segurança e Gestão de Risco

Gabinete de Gestão da Documentação Clínica

Gabinete de Simplificação e Reengenharia de Processos

Gabinete de Ensino Médico Pré-Graduado

Gabinete de Acompanhamento às Tecnologias de Informação e Comunicação

Equipa de Gestão de Altas

Unidade Hospitalar de Gestão de Inscrições em Cirurgia

Unidade Hospitalar de Consulta a Tempo e Horas

Internato Médico

Conselho Coordenador de Avaliação

Anexo II- Plano de Auditoria: Consulta *Walking Clinic*



Plano de Auditoria

Serviço/atividade/processo a auditar	
Consulta <i>Walking Clinic</i>	
Motivo da ação de auditoria	
Ação realizada por solicitação do Conselho de Administração	
Âmbito da ação	
Consultas <i>Walking Clinic</i> realizadas no ano de 2013 e 1º semestre de 2014.	
Limitação de âmbito	
A consulta de enfermagem não é agendada na aplicação informática SONHO, nem é cobrada taxa moderadora, logo, não foi tomada em consideração para esta análise.	
Objetivos da ação	
A auditoria teve por finalidade aferir se os utentes efetuaram as três consultas (cirurgia, anestesia e enfermagem) no mesmo dia e se as taxas moderadoras foram cobradas de acordo com a circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC.	
Documentação de referência	
Circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC; Folheto Informativo <i>Walking Clinic</i> com o número de registo 2488.0 depositado na gestão documental da ULSM	
Equipa Auditora	
Nome:	Fernandina Oliveira
Função:	Auditora Interna
Nome:	Inês Ribeiro
Função:	Técnica Auditora Estagiária
Tempo previsto para a ação	
Início: 01-07-2014	Término: 31-08-2014
Programa de trabalho detalhado	
Metodologia da ação	
<ul style="list-style-type: none">Análise da documentação considerada relevante face aos objetivos e âmbito da auditoria:<ul style="list-style-type: none">- Circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC;- Folheto Informativo <i>Walking Clinic</i> com o número de registo 2488.0 depositado na gestão documental da ULSM;Análise dos registos de consultas de cirurgia e anestesia extraídos da aplicação informática SONHO;	

Informação sobre a atividade a auditar	Recolha e análise de toda a informação considerada relevante sobre a atividade a auditar	<ul style="list-style-type: none"> • Circular normativa da ACSS Número 37/2011/UOFC; • Folheto Informativo <i>Walking Clinic</i> com o número de registo 2488.0 retirado da gestão documental da ULSM; • Análise dos registos de consultas de cirurgia e anestesia extraídos da aplicação informática SONHO. 	
	Necessidade de colaboração e esclarecimentos	N/A	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-07-2014	Término: 10-07-2014
Avaliação dos riscos e processos de controlo	Riscos	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Controlos da atividade auditada	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 11-07-2014	Término: 31-07-2014
Testes de auditoria	Natureza e extensão dos procedimentos de auditoria	Inspeção de 100% dos registos das consultas de <i>Walking Clinic</i> do ano 2013 e 1º semestre de 2014	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-08-2014	Término: 15-08-2014
Relatório final e envio ao CA	Elaboração e apresentação do relatório ao CA	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do relatório da auditoria realizada • Apresentação das principais conclusões e das recomendações ao CA 	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 16-08-2014	Término: 31-08-2014

Anexo III – Matriz de riscos e controlos: consulta *Walking Clinic*

Caracterização do Risco											
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual	Caracterização do Controlo					
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.1	Falta registo de consulta de cirurgia <i>Walking Clinic</i>	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	<i>Marcação das três consultas para o mesmo dia e em horas seguintes</i> <i>Garantir que o utente apenas se desloca uma vez ou hospital</i> <i>Analisar agendamentos das consultas</i>	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.2	Falta registo de consulta de anestesia <i>Walking Clinic</i>	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	<i>Marcação das três consultas para o mesmo dia e em horas seguintes</i> <i>Garantir que o utente apenas se desloca uma vez ou hospital</i> <i>Analisar agendamentos das consultas</i>	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.3	Registo de consulta de cirurgia em dia diferente da anestesia	2	1	2	Risco Baixo	Baixo	<i>Marcação das três consultas para o mesmo dia e em horas seguintes</i> <i>Garantir que o utente apenas se desloca uma vez ou hospital</i> <i>Analisar agendamentos das consultas</i>	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.4	Erro no registo do código de isenção	2	2	4	Risco Médio	Baixo	<i>Em caso de episódios no dia em que ocorram conexamente consultas por mais de um profissional de saúde deve apenas cobrar-se uma taxa moderadora.</i> <i>A taxa moderadora a cobrar corresponderá ao valor mais elevado de consulta realizada, sendo as restantes consultas consideradas dependentes.</i> <i>Verificar se o utente é isento e qual o tipo de isenção</i>	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.5	Taxa moderadora cobrada a utente isento	2	2	4	Risco Médio	Baixo	Verificar se o utente é isento e qual o tipo de isenção	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.6	Dupla cobrança de taxas moderadoras	1	2	2	Risco Baixo	Baixo	Em caso de episódios no dia em que ocorram conexamente consultas por mais de um profissional de saúde deve apenas cobrar-se uma taxa moderadora. A taxa moderadora a cobrar corresponderá ao valor mais elevado de consulta realizada, sendo as restantes consultas consideradas dependentes.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.7	Utente com dívida de taxas moderadoras da primeira consulta de walking clinic	1	2	2	Risco Baixo	Baixo	Em caso de episódios no dia em que ocorram conexamente consultas por mais de um profissional de saúde deve apenas cobrar-se uma taxa moderadora. A taxa moderadora a cobrar corresponderá ao valor mais elevado de consulta realizada, sendo as restantes consultas consideradas dependentes.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.8	Atribuição de isenção a utentes não isentos	2	2	4	Risco Médio	Baixo	Em caso de episódios no dia em que ocorram conexamente consultas por mais de um profissional de saúde deve apenas cobrar-se uma taxa moderadora. A taxa moderadora a cobrar corresponderá ao valor mais elevado de consulta realizada, sendo as restantes consultas consideradas dependentes.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Anexo IV - Plano de Auditoria: fratura da anca



Plano de Auditoria

Serviço/atividade/processo a auditar	
Cirurgia à fratura da anca	
Motivo da ação de auditoria	
Ação realizada por solicitação do Conselho de Administração	
Âmbito da ação	
O trabalho abrange todos os episódios de internamento, com proveniência do Serviço de Urgência e diagnóstico de fratura da anca, cujas cirurgias foram realizadas entre janeiro e maio de 2014	
Objetivos da ação	
Por solicitação do Conselho de Administração foi realizada a ação com o objetivo de aferir os constrangimentos que impedem o cumprimento do indicador de qualidade “% de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48 horas”.	
Documentação de referência	
Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro	
Equipa Auditora	
Nome:	Fernandina Oliveira
Função:	Auditora Interna
Nome:	Inês Ribeiro
Função:	Técnica Auditora Estagiária
Nome:	Celeste Meira
Função:	Especialista de Medicina Geral e Familiar
Tempo previsto para a ação	
Início: 01-09-2014	Término: 30-10-2014
Programa de trabalho detalhado	
Metodologia da ação	
A informação tratada neste trabalho foi extraída da aplicação SEDE (aplicação informática desenvolvida internamente pelo STIC), em 16-07-2014 - listagem “Episódios Internamento - Fratura da anca”: - Análise de todos os episódios de internamento com proveniência do Serviço de Urgência e diagnóstico de fratura da anca	

Informação sobre a atividade a auditar	Recolha e análise de toda a informação considerada relevante sobre a atividade a auditar	- Análise da listagem de Episódios de internamento - Fratura da anca extraída da aplicação informática SEDE	
	Necessidade de colaboração e esclarecimentos	Tendo em conta a especificidade da presente ação de auditoria, foi solicitada a colaboração de um médico.	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-09-2014	Término: 15-09-2014
Avaliação dos riscos e processos de controlo	Riscos	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Controlos da atividade auditada	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-09-2014	Término: 15-09-2014
Testes de Auditoria	Natureza e extensão dos procedimentos de auditoria	Inspeção de 100% dos registos de internamento com fratura da anca	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 16-09-2014	Término: 15-10-2014
Relatório final e envio ao CA	Elaboração e apresentação do relatório ao CA	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do relatório da auditoria realizada • Apresentação das principais conclusões e das recomendações ao CA 	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 16-10-2014	Término: 30-10-2014

Anexo V – Matriz de riscos e controlos da auditoria às cirurgias da fratura da anca

Caracterização do Risco						Caracterização do Controlo					
Nível de Risco inerente						Nível de Risco residual					
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.1	Incumprimento do indicador de qualidade	2	3	6	Risco Alto	Baixo	Análise diária dos episódios de internamento – Fratura, com origem no Serviço de Urgência Análise da LIC	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.2	Incumprimento TMRG	2	3	6	Risco Alto	Baixo	Análise diária dos episódios de internamento – Fratura, com origem no Serviço de Urgência Análise da LIC	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.3	Utente não inscrito em lista de espera	2	1	2	Risco Baixo	Baixo	Análise diária dos episódios de internamento – Fratura, com origem no Serviço de Urgência Análise da LIC	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Anexo VI – Plano de auditoria: auditoria à capacidade instalada de produção de exames imagiológicos



Plano de Auditoria

Serviço/atividade/processo a auditar	
Produção de exames imagiológicos	
Motivo da ação de auditoria	
Cumprimento da alínea a) do nº 2 do despacho nº 17/2014, de 28 de fevereiro proferido por Sua Excelência o Ministro da Saúde	
Âmbito da ação	
Produção interna de exames imagiológicos realizados nos anos de 2011, 2012 e 2013	
Objetivos da ação	
A ação teve como objetivo avaliar a capacidade instalada para a produção de exames imagiológicos na ULSM	
Documentação de referência	
Despacho n.º. 17/2014, de 28 de fevereiro;	
Equipa Auditora	
Nome:	Fernandina Oliveira
Função:	Auditora Interna
Nome:	Inês Ribeiro
Função:	Técnica Auditora Estagiária
Tempo previsto para a ação	
Início: 01-07-2014	Término: 30-09-2014
Programa de trabalho detalhado	
Metodologia da ação	
<ul style="list-style-type: none"> • Análise da documentação considerada relevante face ao objetivo da auditoria, nomeadamente procedimentos internos e conferência de faturas • Listagens obtidas da base de dados da aplicação informática SONHO e SINUS, produzidas pelo Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação • Consulta de informação disponível na aplicação SIIMA • Avaliação da informação publicada internamente sobre a temática em análise • Inspeção física de equipamentos de imagiologia localizados no HPH • Reuniões com os Diretores dos serviços envolvidos 	

Informação sobre a atividade a auditar	Recolha e análise de toda a informação considerada relevante sobre a atividade a auditar	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de procedimentos internos e conferência de faturas • Análise de listagens da produção de exames imagiológicos obtidas da base de dados da aplicação informática SONHO e SINUS • Consulta de informação disponível na aplicação SIIMA • Avaliação da informação publicada internamente sobre a temática em análise • Inspeção física de equipamentos de imagiologia localizados no HPH 	
	Necessidade de colaboração e esclarecimentos	Reuniões com os Diretores dos serviços envolvidos	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-04-2014	Término: 15-07-2014
Avaliação dos riscos e processos de controlo	Riscos	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Controlos da atividade auditada	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 16-07-2014	Término: 30-07-2014
Testes de Auditoria	Natureza e extensão dos procedimentos de auditoria	De acordo com as orientações da IGAS	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-08-2014	Término: 30-15-09-2014
Relatório final e envio ao CA	Elaboração e apresentação do relatório ao CA	o Elaboração do relatório da auditoria realizada o Apresentação das principais conclusões e das recomendações ao CA	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 16-09-2014	Término: 30-09-2014

Anexo VII – Matriz de riscos e controlos: auditoria à capacidade instalada de produção de exames imagiológicos

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
			Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual					
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
R.1	Não utilizar a totalidade da capacidade instalada para produção interna de exames de imagiologia	2	2	4	Risco Médio	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.2	Equipamentos registados na aplicação de gestão de imobilizado não existirem fisicamente	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.3	Equipamentos obsoletos	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.4	Equipamentos não se encontrarem no serviço de produção	2	1	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.5	Recursos humanos insuficientes para a utilização da capacidade total dos equipamentos	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.6	Recursos humanos mais do que suficientes para a utilização da capacidade total dos equipamentos	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.7	TMRG não estar garantida para todas as modalidades ou tipologias de exame	2	2	4	Risco Médio	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.8	Não foi atingida a produção contratualizada	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
R.9	Aquisição de exames ao exterior com capacidade interna instalada	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.10	Aumento dos custos com exames ao exterior	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
R.11	Não cumprimento dos diplomas legais em matéria de MCDT	1	2	2	Risco Baixo	1		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Anexo VIII – Plano de auditoria à Medicina Física e de Reabilitação



Plano de Auditoria

Serviço/atividade/processo a auditar	
Processo conferência de faturas e requisições de Medicina Física e de Reabilitação	
Motivo da ação de auditoria	
Ação realizado por solicitação do Conselho de Administração	
Âmbito da ação	
Análise dos custos faturados à ULSM pelas entidades convencionadas de medicina física e de reabilitação nos anos de 2013 e 2014	
Limitação de âmbito	
Não foi possível aceder aos originais das requisições de tratamentos de medicina física e de reabilitação faturadas pelas entidades convencionadas e conferidas na CCF, tendo por isso o trabalho sido baseado nas requisições digitalizadas disponibilizadas no <i>site</i> da CCF	
Objetivos da ação	
Verificação do cumprimento das normas instituídas para a conferência de faturas de tratamentos de medicina física e de reabilitação pela central de conferência de faturas;	
Documentação de referência	
Circular normativa da ACSS Número 32/2011/UOFC Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS de MCDT, da ACSS	
Equipa Auditora	
Nome:	Fernandina Oliveira
Função:	Auditora Interna
Nome:	Inês Ribeiro
Função:	Técnica Auditora Estagiária
Nome:	Nuno Figueiras Alves
Função:	Médico de Medicina Geral e Familiar
Tempo previsto para a ação	
Início: 01-11-2014	Término: 30-06-2015
Programa de trabalho detalhado	
Metodologia da ação	

- Análise da documentação considerada relevante face aos objetivos e âmbito da auditoria
- Circular normativa da ACSS Número 32/2011/UOFC
- Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS de MCDT, da ACSS
- Informação a analisar
- Requisições de medicina física e de reabilitação emitidas em 2013 e 2014
- Requisições de medicina física e de reabilitação faturadas em 2013 e 2014
- Valores registados na rubrica 62132 do POC MS
- Informações de Retorno
- Consulta de informação na plataforma da CCF, disponível no site <https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico>
- Entrevistas a intervenientes com conhecimentos do processo, de forma a obter informação pertinente ao desenvolvimento do trabalho
- Seleção e análise de uma amostra de requisições faturadas

Análise das auditorias anteriores	Sumário das deficiências de auditorias anteriores	Informação confidencial	
	Sumário das recomendações de auditorias anteriores	Informação confidencial	
	Objetivo das auditorias anteriores	Assegurar que as normas instituídas para a prescrição de tratamentos de medicina física e de reabilitação estão a ser cumpridas Verificar se os serviços faturados foram efetivamente prestados.	
	Data do Relatório	31/08/2009	
	Ref.ª relatório	Auditoria às prescrições de tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-11-2014	Término: 03-11-2014
Informação sobre a atividade a auditar	Recolha e análise de toda a informação considerada relevante sobre a atividade a auditar	<ul style="list-style-type: none"> • Circular normativa da ACSS Número 32/2011/UOFC • Manual de Relacionamento dos Prestadores Convencionados com o Centro de Conferência de Faturas do SNS de MCDT, da ACSS • Outra legislação aplicável • Requisições de medicina física e de reabilitação emitidas em 2013 e 2014 • Requisições de medicina física e de reabilitação faturadas em 2013 e 2014 • Valores registados na rubrica 62132 do POC MS • Informações de Retorno 	
	Necessidade de colaboração e esclarecimentos	• Entrevistas a intervenientes com conhecimentos da área, de forma a obter informação pertinente ao desenvolvimento do trabalho	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 04-11-2014	Término: 19-12-2014
Avaliação dos riscos e processos de controlo	Riscos	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Controlos da atividade auditada	Ver matriz de Riscos e controlos	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 04-11-2014	Término: 19-12-2014

Testes de Auditoria	Natureza e extensão dos procedimentos de auditoria	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção e análise de uma amostra representativa do total das requisições de medicina física e de reabilitação faturadas à ULSM e conferidas pela CCF em 2014 • Análise das informações de retorno fornecidas pelos centros de saúde relativas às requisições com irregularidades encontradas 	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 05-01-2015	Término: 30-04-2015
Relatório final e envio ao CA	Elaboração e apresentação do relatório ao CA	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do relatório da auditoria realizada • Apresentação das principais conclusões e das recomendações ao CA 	
	Tempo previsto para a atividade	Início: 01-05-2015	Término: 30-06-2015

Anexo IX – Matriz de riscos e controlos da auditoria à Medicina Física e de Reabilitação

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.1	Tratamentos faturados diferentes do prescrito pelo médico de família, isto é, prescrição de consulta e faturado terapia da fala ou prescrição de terapia da fala e faturado outros tratamentos	2	3	6	Risco Alto	Baixo	Na sequência de uma prescrição de consulta médica de Medicina Física e de Reabilitação emitida pela Unidade de Saúde do SNS (Primeira Consulta ou Consulta Subsequente), o prestador, no âmbito desta consulta, decidirá os tratamentos a realizar ao utente (...) Como exceção a este procedimento temos as requisições para terapia da fala. Nestas requisições o prestador não tem papel de prescriptor, sendo esse papel assumido em exclusivo pelo médico, podendo apenas conter os códigos 1518.5 e 1519.3, na quantidade máxima de 12 tratamentos por prescrição. Adicionalmente para estas requisições não é necessária a aposição da vinheta e assinatura do médico executante.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.2	Excede o número máximo tratamentos de terapia da fala	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	Nas requisições de terapia da fala o prestador não tem papel de prescriptor, sendo esse papel assumido em exclusivo pelo médico de família, podendo apenas conter os códigos 1518.5 e 1519.3, na quantidade máxima de 12 tratamentos por prescrição.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.3	As requisições apresentarem modificações	3	1	3	Risco Médio	Baixo	As requisições não podem apresentar modificações, tais como correções, rasuras, recortes ou quaisquer outras modificações.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco						Caracterização do Controlo					
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.4	Consulta de avaliação final faturada e não registada em "procedimentos efetuados e não prescritos"	3	1	3	Risco Médio	Baixo	<p><i>Para além das sessões de tratamento, o prestador poderá incluir ainda a consulta de avaliação final, na área de procedimentos prestados e não prescritos, desde que tenha sido produzido o relatório circunstanciado para o médico assistente. (...) Esta área destina-se, exclusivamente, à inscrição de exames/tratamentos que são realizados adicionalmente aos prescritos, e pretende dar resposta às situações em que a necessidade de realização de certos procedimentos é apenas detetável pelo prestador aquando da realização de um exame. O recurso a estes campos é limitado às seguintes circunstâncias: (...)</i></p> <p><i>Área G – é possível o prestador faturar a consulta de avaliação final.</i></p> <p><i>Os exames prestados e não prescritos terão de ser colocados na área da requisição própria para este efeito, e terão de ser respeitadas as seguintes normas: Indicar a nomenclatura, código, preço e taxa moderadora (se aplicável) do exame adicional, de acordo com a Tabela de MCDT Convencionados. Colocar a vinheta identificativa e respetiva assinatura do médico executante (ou do médico responsável pela prestação do exame/tratamento).</i></p> <p><i>Para além das sessões de tratamento, o prestador poderá incluir ainda a consulta de avaliação final, na área de procedimentos prestados e não prescritos, desde que tenha sido produzido o relatório circunstanciado para o médico assistente.</i></p>	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.5	Data de declaração do utente igual à data de início de tratamento	2	3	6	Risco Médio	Baixo	A requisição terá de estar assinada e datada pelo utente, a fim de comprovar que os exames/tratamentos lhe foram prestados. Na área da requisição “declaração do utente” o utente deve assinar e indicar a respetiva data final dos tratamentos	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.6	Data de declaração do utente inferior à data de início de tratamento	1	3	3	Risco Médio	Baixo	A requisição terá de estar assinada e datada pelo utente, a fim de comprovar que os exames/tratamentos lhe foram prestados. Na área da requisição “declaração do utente” o utente deve assinar e indicar a respetiva data final dos tratamentos	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.7	Data de prescrição superior à data de início tratamento	1	3	3	Risco Médio	Baixo	A data de prestação tem de ser igual ou superior à data da prescrição	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.8	Falta data na declaração do utente	3	1	3	Risco Médio	Baixo	A requisição terá de estar assinada e datada pelo utente, a fim de comprovar que os exames/tratamentos lhe foram prestados. Na área da requisição “declaração do utente” o utente deve assinar e indicar a respetiva data final dos tratamentos	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.9	Requisição fora do prazo	1	3	3	Risco Médio	Baixo	Para Medicina Física e Reabilitação o prazo de validade da requisição é de 6 meses, não obstante, a sua contagem faz-se por comparação entre a data de início dos tratamentos e a data de prescrição.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.10	Falta de vinheta válida identificativa do local de prescrição, do médico prescriptor e do médico executante (exceção da terapia da fala);	1	1	1	Risco Médio	Baixo	A requisição tem de apresentar a vinheta do médico executante (médico responsável pela prestação do exame/tratamento) sempre que:	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
							- São realizados exames /tratamentos que não foram prescritos	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
							- São realizados exames/ tratamentos da área G (Medicina Física e de Reabilitação); neste âmbito há uma exceção, para requisições em que unicamente estão prestados exames que sejam comuns a outras áreas sem terem sido prestados exames prestados e não prescritos (exemplo, terapia da fala).	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.11	Taxa moderadora cobrada a utente isento	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	A taxa moderadora a aplicar deve refletir o estatuto de isenção / não isenção do utente identificado no campo Taxa Moderadora.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.12	Preço incorreto	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	O valor dos exames/tratamentos faturados pelo prestador deve estar de acordo com os preços da Tabela de MCDT Convencionados, e com a quantidade prestada.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.13	Taxa moderadora incorreta	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	As taxas moderadoras aplicadas aos exames/tratamentos deverão estar de acordo com os montantes definidos na Tabela de Convenção de MCDT.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.14	Tratamento sobrepostos	2	3	6	Risco Alto	Baixo	Esta irregularidade não está prevista no manual usado pela CCF.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
							A realização do mesmo tratamento de MFR em simultâneo não é defensável visto que clinicamente não é considerado uma boa prática	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.15	Tratamentos faturados e não realizados	2	1	2	Risco Baixo	Baixo	As requisições não podem apresentar modificações, tais como correções, rasuras, recortes ou quaisquer outras modificações.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.17	Falta de identificação do utente (nome e número de beneficiário);	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	As requisições têm de ter a identificação do utente (nome e número de beneficiário);	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.18	Falta das seguintes assinaturas: Médico Prescritor; Responsável da Unidade de saúde; Médico Executante: Utente com a respetiva data de final de tratamentos	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	São necessárias as seguintes assinaturas: Médico Prescritor; Responsável da Unidade de saúde; Médico Executante: Utente com a respetiva data de final de tratamentos	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.19	Falta de identificação de tratamentos realizados;	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	Os tratamentos realizados têm de estar identificados;	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.20	O valor total comunicado de prestação para cada requisição não corresponde ao somatório da prestação comunicada de cada uma das linhas de exames/ tratamentos prestados que a compõe;	1	3	3	Risco Médio	Baixo	O valor total comunicado de prestação para cada requisição tem que corresponder ao somatório da prestação comunicada de cada uma das linhas de exames/ tratamentos prestados que a compõe;	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.21	Excede o limite de 60 tratamentos de MFR por requisição;	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	a cada prescrição deverão estar associados no m desde que $\sum(Tn1 \times Qn2) \leq 60$, sendo que Ti se $n1$ entre 1 e 5, inclusive.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.22	O intervalo entre a data de início e fim das sessões é superior a 90 dias.	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	Por se entender ser insuficiente o limite de 30 dias para o máximo de 60 tratamentos realizados, e no sentido de evitar sobrecarga dos especialistas de Medicina Geral e Familiar, este prazo é alargado para 90 dias, a contar da data de início dos 60 tratamentos.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
		1	1	1	Risco Baixo	Baixo	A data de início das sessões de fisioterapia deverá ser igual ou superior à data de prescrição e o intervalo entre a data de início e fim das sessões não pode ser superior a 90 dias.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.23	Os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia não se encontram preenchidos;	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	Os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia têm de se encontrar preenchidos;	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
I.24	A requisição não apresenta data de prescrição;	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	A requisição tem de apresentar uma data de prescrição	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Caracterização do Risco							Caracterização do Controlo				
		Nível de Risco inerente			Nível de Risco residual						
Cód. Risco	Descrição Risco	Prob.	Imp.	Grau de risco			Descrição Controlo	Controlo Implementado	Tipo de Controlo	Controlo documentado	Plano de Ação
I.25	A área de MCDT dos exames/ tratamentos prescritos na requisição não corresponde à área a que respeita a fatura;	1	1	1	Risco Baixo	Baixo	A área de MCDT dos exames/ tratamentos prescritos na requisição tem de corresponder à área a que respeita a fatura;	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.1	Falta assinatura do utente	2	1	2	Risco Baixo	Baixo	A inclusão da consulta de avaliação final só poderá ser realizada se for produzido, pela entidade prestadora, o relatório circunstanciado para o médico assistente. Este relatório é usualmente conhecido como informação de retorno. Assim, informação de retorno é o documento devolvido pela entidade prestadora para ser entregue, pelo utente, ao médico emissor da requisição, por forma a este obter conhecimento dos tratamentos realizados e do estado atual do doente. Essa informação deve conter os seguintes elementos: 1. Discriminação dos tratamentos efetuados; 2. Número de tratamento realizados; 3. Data de início do tratamento; 4. Data de fim do tratamento; 5. Estado atual (do utente após os tratamentos); 6. Assinatura do responsável e carimbo; 7. Assinatura do utente.	Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.2	Falta descrição de tratamentos	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.3	Falta número de sessões por tratamento	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.4	Inconclusivo	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.5	Falta data de início e fim dos tratamentos	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.6	Data de início e fim dos tratamentos diferentes das datas de início e fim apresentados na faturação	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.7	Data de início e fim dos tratamentos inferior à data da requisição	2	1	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial
NC.8	Tratamentos faturados diferentes do prescrito pelo médico de família	1	2	2	Risco Baixo	Baixo		Sim	Detetivo	Sim	Informação Confidencial

Anexo X – Plano para a Igualdade da ULSM

Plano para a Igualdade da ULSM

O Plano para a Igualdade da ULSM constitui uma referência para a integração e sedimentação da perspetiva de género nos vários domínios dos serviços de saúde da instituição a nível da gestão de recursos humanos, da divulgação de informação em saúde e aplicação das boas práticas tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional.

O **Código de Ética** a ULSM, EPE explicita:

- “Todas as pessoas são tratadas sem qualquer tipo de discriminação, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de idade, de língua, de religião, de opinião política, de origem social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação”;
- “A ULSM, EPE adota um plano de igualdade, tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar as discriminações e a permitir a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional”;
- “Os profissionais da ULSM sendo o seu ativo mais valioso, são tratados com respeito, dignidade e equidade e são valorizadas as suas diferentes formações, perspetivas e experiências de vida.”

Boas práticas na ULSM

As **boas práticas** alcançadas no universo da ULSM, e apresentadas neste documento, visam demonstrar a importância do bem-estar e motivação profissional e familiar dos seus colaboradores e colaboradoras, contribuindo também para a valorização da imagem dos serviços.

- Tem na sua missão, referências específicas à igualdade de género e à não discriminação entre mulheres e homens. A valorização dos profissionais é feita com base no mérito, com o foco na igualdade de oportunidades para homens e mulheres. Os princípios estão salvaguardados no código de ética;
- A seleção e o recrutamento assentam no princípio da igualdade e não discriminação em função do género, assim como o cumprimento de legislação

quanto ao anúncio de ofertas de emprego e à manutenção de informação tratada por género;

- No âmbito da formação contínua assegura a ambos os sexos acesso igual à formação, incentivando a frequência de processos de aprendizagem ao longo da vida e permitindo a interrupção na carreira para formação aos seus trabalhadores e trabalhadoras;
- Na gestão de carreiras e remunerações contempla a igualdade e a não discriminação entre mulheres e homens na sua política de remunerações, promoções e processos de ascensão na carreira, designadamente é assegurada a igualdade de remuneração por trabalho de valor igual, a existência de critérios claros de promoção e progressão que garantam a igualdade de acesso a categorias ou níveis hierárquicos mais elevados para mulheres e homens;
- Privilegia o diálogo com os trabalhadores e as trabalhadoras sobre a igualdade de género e a não discriminação entre mulheres e homens aceitando e incentivando a apresentação de sugestões nesse domínio e na conciliação da vida profissional, familiar e pessoal;
- Possui normas escritas que garantem o respeito pela dignidade de mulheres e homens, assim como procedimentos específicos para reparação de danos no caso de alguma violação do mesmo. Até à data não se verificou nenhum caso de queixa formal de discriminação em função do sexo;
- Permite modalidades flexíveis de trabalho, adaptação do tempo semanal de trabalho e possibilita o trabalho a tempo parcial, uma vez que estas constituem um dos indicadores mais importantes de conciliação da vida profissional, familiar e pessoal. Tem também em consideração a marcação de horários rotativos e as necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras;
- No âmbito dos benefícios diretos a trabalhadores, trabalhadoras e suas famílias concede benefícios diretos que contribuem para a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal e para o bem-estar de quem trabalha na instituição;
- Reconhece de igual modo o exercício de direitos parentais e a assistência à família dos trabalhadores e trabalhadoras e incentiva os homens ao gozo do período de licença voluntaria de uso exclusivo do pai;
- Relativamente à comunicação interna e externa possui procedimentos em matéria de igualdade de género, no que diz respeito aos conteúdos comunicacionais

transmitidos interna e externamente, bem como à existência de tratamento de dados estatísticos e de outra informação.

Medidas a Implementar

A partir dos resultados do autodiagnóstico a ULSM procedeu à identificação das **áreas a melhorar** ou de **reforço das boas práticas** já existentes em matéria de políticas de igualdade de género e de conciliação entre vida profissional, familiar e pessoal.

Os aspetos a melhorar para garantir as matérias de políticas de igualdade de género, são os a seguir apresentados:

- Tornar os objetivos de planeamento estratégico da ULSM que visam a promoção da igualdade entre mulheres e homens explicitamente visíveis;
- Identificação explícita de afetação de recursos financeiros para a implementação de políticas de igualdade de género;
- Elaboração de estudos que permitam aferir o impacto, em homens e mulheres, das políticas e ações desenvolvidas enquanto instrumentos de apoio à tomada de decisão;
- Divulgar os recursos existentes na área geográfica da ULSM e/ou dos trabalhadores e trabalhadoras que facilitem a conciliação trabalho-família (ex.: creches/serviço de amas, instituições para pessoas idosas).